



SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA - Dec. 688/93

(DNI) _____
NOMBRE Y APELLIDO _____
FEDUI: _____

EXCLUSIVO DEL CONSEJO ESCOLAR

Sexo: Edad: Fecha de Nacimiento:/...../..... Dirección:
Ciudad: Provincia: CP: Teléfono: E-mail:

PUESTO/S DE TRABAJO ACTUALES

Table with columns: REGIMEN, CARGOS ACTUALES, SITUACION DE REVISTA, ANTIQUEDAD, ESTABLECIMIENTO, DISTRITO

FIRMA Y SELLO Consejo Escolar
Se cumplimentó con art. 117 Inc.1

MOTIVO DE SOLICITUD: (indicar con una cruz)

- ENCUADRE DE LICENCIA, REINTEGRO A TAREAS HABITUALES, TRASTORNOS DEL EMBARAZO, SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD, CAMBIO DE FUNCIONES, RAZONES DE PROFILAXIS

EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

CORRESPONDE REALIZAR JUNTA MEDICA: SI NO

Motivo:
Observaciones:

FIRMA Y SELLO Responsable Médico

EXCLUSIVO DE LA JUNTA MEDICA

DICTAMEN

JUNTA MEDICA ESPECIALIZADA EN:
CODIGO CIE10

ENCUADRE DE LICENCIA.

Desde el/...../..... hasta el/...../..... Imputadas al Art.114 Inc.: a)1., a)2., a)2. (A.2.8) : Fecha de comienzo de la Patología/...../.....
d)1.10.

CON NUEVO EXÁMEN: SI (...../...../.....) NO CON ALTA SI (...../...../.....) NO

SE ACONSEJA: (deberá indicar y completar una opción)

OPCION A) CAMBIO DE FUNCIONES: (Art. 121) SI Desde el/...../..... hasta el/...../..... CON NUEVO EXÁMEN NO
El agente no debe:

OPCION B) SE ACONSEJA SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD (Cambio de ámbito - Art. 103 b)
 SI (desde/...../..... hasta 31/12/..... CON NUEVO EXAMEN.) NO

La Junta médica ha dictaminado conforme lo establecido en el (Art. 103 b):

"...Por razones de enfermedad, cuando la distancia y los medios de comunicación afecten al docente y le impidan el desempeño de su función en el destino donde es titular. El cambio de destino deberá ser aconsejado por la junta médica oficial."

El agente no debe:

OPCION C) REINTEGRO A TAREAS HABITUALES SI (Desde el/...../.....) NO

SE ACONSEJA REMITIR las presentes actuaciones a la Dirección de Medicina Ocupacional de la Provincia de Buenos Aires, a los efectos de evaluar grado de incapacidad laborativa con fines previsionales SI No

La Junta Médica no emite dictamen por el siguiente motivo:

Nueva citación:/...../..... Lugar: Fecha:/...../.....

Me notifico.

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA Y SELLO Médico

FIRMA Y SELLO Médico

FIRMA Y SELLO Médico

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Buenos Aires LA PROVINCIA

Cultura y Educación