

OFICINA DE PERSONAL**1- DATOS PERSONALES DEL AGENTE**

Apellido y Nombre:

DNI: Teléfonos:

E-mail:

Domicilio Actual:

Turno solicitado por: Agente Médico Tratante Repartición Médico Auditor DCRM

Motivo de la solicitud: Docencia Pasiva Traslado Transitorio (sólo docentes) Traslado Preferencial (sólo docentes)

Adecuación de Tareas Reducción Horaria Largo Tratamiento Evaluaciones

Es renovación: SI NO

En caso de Traslado Preferencial especifique: Cercano a su domicilio Lejano a su domicilio

2- SITUACION DE REVISTA

Ministerio/Secretaría:

Establecimiento/Oficina: Teléfono laboral:

Cargo: Antigüedad:

Permanente Titular Interino Suplente Posee otros cargos en el Estado Provincial: SI NO

Establecimiento/Oficina:

"En caso de no asistir al turno asignado deberá presentar los justificativos correspondientes"

Firma y Sello Jefes de Personal

Firma Agente

INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE (HISTORIA CLINICA)

Antecedentes Patológicos:

Estudios complementarios actualizados:

Tratamiento realizado:

Diagnóstico:

Datos del profesional actuante:

Especialidad: Teléfono: E-mail:

"Sr/a Profesional: Usted puede asistir a la Junta Médica de su paciente en fecha y hora asignadas"

Firma y Sello Médico