

CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA LABORAL

Formulario N° 12.1

CLINICO/PSICOLGICO/TRAUMATOLOGICO (marcar lo que corresponda)

▪ Datos del Establecimiento

Establecimiento _____ N° _____ email _____ Distrito _____
Domicilio _____ Localidad _____ TE () _____

▪ Datos del Agente

Apellido y Nombre _____ N° de Empleado _____ DNI _____
TE _____ email _____

▪ Otros Establecimientos donde trabaja

Establecimiento	Nivel
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

▪ Datos de licencia

Ausente desde ___/___/___ Hasta ___/___/___ Total de días _____
Artículo (Presunto) _____

FECHA DE ALTA MÉDICA ___/___/___ (Alta Médica a tareas habituales)

FECHA DE REINTEGRO LABORAL ___/___/___ (Toma de posesión)

ALTA MEDICA LABORAL CON PEDIDO DE

- CAMBIO DE FUNCIONES Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___
- ADECUACION DE TAREAS Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___
- REDUCCION HORARIA

Observaciones

_____, ___ de _____ de 201 Sello Firma responsable Establecimiento