

SOLICITUD DE LICENCIA MÉDICA

FECHA DE ATENCIÓN / SOLICITUD/...../.....
--------------------------------------	-------------------

DATOS PERSONALES

APELLIDO y NOMBRE				D.N.I.
DOMICILIO PARTICULAR				
	CALLE	NUMERO	DTO	

DATOS DE LA LICENCIA

CODIGO CIE 10	DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DIAS

FAMILIAR ENFERMO		
	APELLIDO y NOMBRE	PARENTESCO

OBSERVACIONES

AGENTE QUE SOLICITA LA LICENCIA FIRMA Y ACLARACIÓN	MEDICO PERSONAL FIRMA Y ACLARACIÓN Nro. DE MATRICULA

OFICINA PERSONAL DOCENTE
 FIRMA Y ACLARACIÓN – FECHA HORA RECEPCIÓN

NOTA: el presente formulario debe ser acompañado con certificado médico.