

CERTIFICACIONES MÉDICAS

(Entregar por Duplicado)

Solicitud de Licencia: Por Enfermedad Por Maternidad Por Lactancia

Solicito licencia por el período desde hasta (Inclusive)

El período de licencia ha de ajustarse estrictamente a las fechas dispuestas en el Certificado Médico, sin posibilidad de retrocertificación, ni postcertificación.

DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad

Cred. Cívica

1er. Apellido

2do. Apellido

1er. Nombre

2do. Nombre

Domicilio

Calle : _____
Número _____ Apto. N° _____
Entre _____ y _____

Localidad

Departamento

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Recibido en Centro Educativo o Dependencia de ANEP: _____

Fecha Aviso Centro Educativo		
DÍA	MES	AÑO

Dirección del Centro Educativo: _____ Tel: _____

Correo electrónico _____ Localidad _____ Departamento _____

Fecha de recibido DÍA ___/MES ___/AÑO ___/

Nombre del funcionario receptor _____ C.I. _____

Firma

Sello

(Remitir información a Médicos Certificadores dentro de las 48 hs, quedando una copia en la Institución)

CONSTANCIA: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO

La Dependencia _____ de la ANEP hace constar que _____

C.I. _____ presentó solicitud de Certificación Médica desde DÍA ___/MES ___/AÑO ___/

DÍA ___/MES ___/AÑO ___/ inclusive.

Nombre y Firma de Funcionario Receptor _____

DATOS FUNCIONALES

Nº de Cobro _____

Descripción del Cargo Docente: **E**- Efectivo **I** - Interino **S** - Suplente

Consejo	Desc.car	Escalafón/Gdo.	Función	Carga Horaria	Radic. Cargo	Turno

Descripción del Cargo No Docente: **P**- Presupuestado **C** - Contratado **B** - Becario/Pasante

Consejo	Desc.car	Escalafón/Gdo.	Función	Carga Horaria	Radic. Cargo	Turno

**El funcionario deberá ajustarse a lo dispuesto en el Certificado Médico.
Si el mismo determina que por la dolencia debe permanecer en domicilio, deberá hacerlo hasta el reintegro laboral.**

Declaro bajo juramento que también solicité licencia por la misma causal y por el mismo lapso en todas las otras tareas que desempeño.

Cargos Públicos: _____

Cargos Privados: _____

Firma del Solicitante

C.I.

SE RECUERDA QUE:



Los funcionarios que por razones de enfermedad no puedan concurrir a su trabajo deberán dar aviso dentro de las primeras horas de labor al jefe respectivo.
El incumplimiento de esta formalidad determinará que la inasistencia se compute como falta sin aviso.



El presente formulario deberá presentarse por duplicado en la dependencia en que se cumplen tareas dentro de las 48 horas hábiles a partir del aviso, anexando el certificado médico en sobre cerrado identificado con Nombre, teléfono y C.I.