

RUAMEL N°:
REGISTRO ÚNICO DE ANTECEDENTES
MÉDICOS LABORALES

SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA - Dec. 688/93

..... (DNI)
..... NOMBRE Y APELLIDO:
..... / / FECHA:

EXCLUSIVO DEL CONSEJO ESCOLAR

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

PUESTO/S DE TRABAJO ACTUAL/ES

REGIMEN	CARGO/S ACTUAL/ES	SITUACIÓN DE REVISTA	ANTIGÜEDAD	ESTABLECIMIENTO	DISTRITO

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

MOTIVO DE SOLICITUD:(Indicar con una cruz)

- ENCUADRE DE LICENCIA TRASTORNOS DEL EMBARAZO CAMBIO DE FUNCIONES RAZONES DE PROFILAXIS
 REINTEGRO A TAREAS HABITUALES SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD (Adjuntar informe de Secretaría de Inspección con: lugar de residencia, de Trabajo, distancias, medios de transporte, tipo de camino, etc.)

EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

CORRESPONDE REALIZAR JUNTA MEDICA: SI NO

Motivo:.....

Observaciones:.....

FIRMA Y SELLO
Responsable Médico

EXCLUSIVO DE LA JUNTA MEDICA

DICTAMEN

JUNTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN:.....

CODIGO CIE10

ENCUADRE DE LICENCIA.

Desde el/...../..... hasta el/...../..... Imputarlas 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

Dirección General de
Cultura y Educación

CERTIFICACIÓN DE INASISTENCIA PARA JUNTA MEDICA

Se deja constancia que el/la docenteD.N.I.....,
Registra inasistencias por enfermedad conforme el artículo 114 del Decreto
688/93, desde / / hasta el / / inciso A1 / A2 / D.1.10.,
acreditadas con los certificados médicos que se adjuntan a la presente.

Firma y sello de Directivo
Del establecimiento

Toda información relacionada con Licencias Médicas se encuentra a disposición en nuestra página web <http://abc.gov.ar> a la que se podrá acceder en forma directa, podrán consultar entre otros temas, los Instructivos de Prestación dirigidos al Personal Docente, Consejos Escolares y Prestadores Médicos, información de interés general, etc.