

Licencias Médicas de Docentes y Asistentes Escolares

NUEVA BUSCAR / COMPLETAR

Indique Decreto/s al solicitar su licencia

Asist. Escolar - Dcto 1919

Docente - Dcto 4597



Tipo Licencia

Seleccione...

Tipo de Trámite

Completo Incompleto

[→ SOLICITAR](#)



Tipo Licencia

Seleccione...

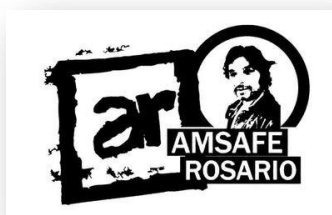
Enfermedad Personal

Atención Fliar.Enfermo

Preparto

Maternidad

OTRAS (Relacionadas a MATERNIDAD)



DATOS PERSONALES LICENCIA CON FIRMAR

Tipo Documento: DNI Nro. Documento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Código 1: _____ Teléfono 1: _____ Código 2: _____ Teléfono 2: _____

Email: _____

3
completar los datos personales

Dirección donde será auditada

Calle: _____ Número: _____

Plaza: 00 Depto: _____

Manzanillo: _____ Torre: _____

Escuela: _____ Localidad: _____

Es Domicilio Permanente

Licencias Médicas de Docentes y Asistentes Escolares

Alta Licencia Médica

Licencia
 Tipo: Enfermedad Personal Decreto/s: Docente

DATOS PERSONALES LICENCIA CON FIRMAR

4
Datos de la licencia

Concepto/s Licencia/s
 Docente
 Seleccione artículo: _____

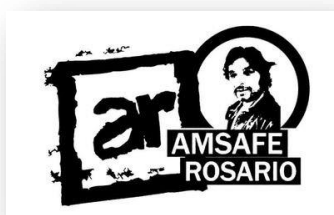
Periodo Solicitado
 Inicio: 02/10/2019 Fin: _____
Formato: dd/mm/aaaa

Médico
 Matrícula: _____ Apellido y Nombre: _____

Médico no encontrada

Patología
 Cod. C.F.-10: EJEMPLO A26 Descripción: _____

Cargos
 Deseo solicitar licencias para Otras Cargas no registradas en SARH



5

Observaciones relevantes para indicar al médico auditor

Observaciones y Confirmación

- El que suscribe, afirma que los datos consignados son correctos, completos y que se ha confeccionado esta declaración jurada sin omitir ni falsear datos, siendo fiel expresión de la verdad.

CANCELAR

ANTERIOR

SIGUIENTE

CONFIRMAR

