



Municipalidad
de Rafaela

TRAMITES EN LINEA

Moreno 8 - S2300IBC Rafaela - Santa Fe - Argentina
Tel. +54 (3492) 03492 - 502000 / 7 - Int. 159
Of. Dirección de Recursos Humanos
mcenci@rafaela.gob.ar

SOLICITUD DE LICENCIA POR CAUSA MÉDICA

www.rafaela.gob.ar

Apellido y Nombres: _____ Legajo: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Sector: _____

Solicita días de licencia por:

ACCIDENTE DE TRABAJO

RELOJ: _____

ENFERMEDAD

ATENCIÓN FAMILIAR ENFERMO

DONACIÓN DE SANGRE

HORA: _____

OTRAS CAUSAS MÉDICAS

CONSTATACIÓN DEL CONTROL MÉDICO

El señor/a _____ ausente en sus tareas habituales por _____

Recibió control médico en: domicilio consultorio otro lugar otorgándose licencia

desde / / hasta / / para trabajar _____

FIRMA JEFE INMEDIATO

FIRMA MÉDICO MUNICIPAL

FIRMA DIRECTORA RRHH

FIRMA DEL SECRETARIO

INFORME ESPECIAL _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

EN EL DÍA DE LA FECHA _____ ES DADO DE ALTA POR _____

DEBIENDO INTEGRARSE A SUS LABORES EL DIA / / HORA _____

Apellido y Nombres: _____

Firma: _____

FIRMA MÉDICO MUNICIPAL

