FICHA N° FECHA:……./……../…………

|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITANTE**  Apellido y Nombre:……………...........................................  …………………………………………………………………………………….  D.N.I……………………………………………………………………………..  Cargo:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Domicilio:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  TE:……………………………………………………………………………….  Motivo de la licencia:…………………………………………………… ……………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Período por el cual solicita la licencia: .…………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………..  Documentación probatoria que adjunta:…………………….  …………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Firma | **INSPECCIÓN MÉDICA**  Este Servicio Médico ha constatado el estado de enfermedad de la Sra/Sr:……………......................................  ………………………………………………………………………………………..  y aconseja concederle…………………………… ………………………..  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  días por su tratamiento a partir del…………………………………  …………………………………………………………………………………………  ..............................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………….  Firma |
| **INFORME DE ESTADÍSTICA Y PERSONAL**  Firma | |