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 |