

FORMULARIO DE JUNTA MÉDICA  
(Este formulario tiene carácter de Declaración Jurada)

**1- DATOS PERSONALES DEL AGENTE**

Apellido y Nombre:  DNI:

E-mail particular:  Teléfono particular:

Turno Nº:  Fecha y Hora del Turno:

Especialidad:  Lugar de Atención:

Junta Médica por:  Ausentismo  Adecuación de Tareas  De Oficio

*En caso de no asistir al turno asignado deberá presentar los justificativos correspondientes. Debe presentar certificados médicos debidamente codificados y no deben quedar en poder de la Sectorial / Dependencia.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

**2- DATOS DE LA SECTORIAL DE PERSONAL**

Ministerio/Secretaría/Agencia:  Empresa:

Establecimiento:  Teléfono laboral:

Cargo:  Antigüedad:

**SITUACIÓN DE REVISTA**

Permanente  Contratado  Interino  Suplente

*En el caso de que el agente revista otros roles indicar establecimiento, cargo y empresa de los mismos y notificar a los establecimientos personalmente o telefónicamente.*

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Responsable / Establecimiento

Establecimiento	Empresa

**3- DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL TRABAJO - JUNTA MÉDICA**

Fecha:  Código Diagnóstico:

Días justificados Desde:  Hasta:  Cantidad:

Control al:  Alta a tareas habituales al:

Alta con:  Tareas Pasivas  Traslado  Cambio de área  Tareas Livianas

Reducción horaria Es prórroga:  Si  No  Permanente (Solo Docentes)

Plazos:  Al:  Expediente Nº:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Firma Junta Médica

\_\_\_\_\_  
Firma Junta Médica

\_\_\_\_\_  
Firma Junta Médica

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente