



SOLICITUD DE CAMBIO DE FUNCIONES

DATOS DEL AGENTE

Nombre y Apellido:

DNI:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Estado Civil:

Escolaridad:

Teléfono:

Domicilio:

Mail:

DATOS LABORALES

Cargo:

Estado docente:

Antigüedad:

Escuela/s o Repartición:

Domicilio Laboral

Teléfono laboral:

Firma del Agente

ÁREA DE PERSONAL O DELEGACIÓN ADMINISTRATIVA

INFORMA que él/la solicitante registra a la fecha, días de Licencia por artículo 40 de la Ley 5811 (Licencia por enfermedad propia con goce de haberes).

Finaliza licencia paga el día

Mendoza,de.....de 201...

Firma del responsable

ÁREA DE LEGAJOS:

INFORMA que el /la docente es TITULAR SI NO

Registra a la fecha una antigüedad laboral TOTAL de AÑOS MESES DÍAS

Mendoza,de.....de 201...

Firma del responsable

SE.A.M. (SERVICIO DE AUDITORÍA MÉDICA)

ACONSEJA POR RAZONES DE SALUD, OTORGAR CAMBIO DE FUNCIONES SI NO

Recomienda su inicio a partir de

ESPECIALIDAD de la afección que padece:

O.R.L.

GINECOLOGÍA

PSIQUIATRÍA

TRAUMATOLOGÍA

CLÍNICA

OTRAS

ACONSEJA REDUCCIÓN HORARIA: SI NO

Se indican estrictos Controles Médicos (con presentación de Certificados de especialistas y estudios correspondientes) cada meses.

El SE.A.M. se reserva el derecho de archivar en el legajo del agente las constancias médica, con el único fin de preservar la historia clínica.

Mendoza,de.....de 201...

Firma del responsable