



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

SOLICITUD DE RENOVACIÓN CAMBIO DE FUNCIONES

Consignar los siguientes datos con carácter de DECLARACIÓN JURADA

Nº de Legajo:

.....
APELLIDO Y NOMBRE (sin iniciales)

Tipo y Nº de documento.....Fecha de nacimiento.....
Cargo que desempeña actualmente.....
Escuela o Dependencia Nº.....Departamento.....
Domicilio actual del solicitante.....Tel.....
Domicilio Laboral.....
Departamento..... Cod.. Postal Teléfono laboral.....
A fin de acreditar mi estado de salud me comprometo a presentar historia clínica y estudios médicos.
MENDOZA,.....de.....de 201...

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

ÁREA DE PERSONAL / o DELEGACIÓN ADMINISTRATIVA
ACONSEJA POR RAZONES DE SALUD SI NO RENOVARLE EL CAMBIO DE FUNCIONES
a:.....
Por el ciclo lectivo.....

Especialidad de la afección que padece el recurrente

☐	O.R.L.
☐	TRAUMATOLOGÍA
☐	GINECOLOGÍA
☐	CLÍNICA
☐	OTRAS
☐	PSIQUIATRÍA

ACONSEJA REDUCCIÓN HORARIA: SI NO (marcar lo que corresponda)

Se indican estrictos controles médicos en.....cada

La Unidad de Control de Gestión de salud Laboral se reserva el derecho de archivar en el legajo del agente las constancias médicas con el único fin de preservar el secreto de la Historia Clínica.

Mendoza.....de.....
.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DELEGADO

La Coordinadora de la Unidad de Control de Gestión de Salud Laboral remite a Planta Funcional las presentes actuaciones a fin de que se tramite la forma legal correspondiente para la RENOVACIÓN DEL CAMBIO DE FUNCIONES de DNI Nº

Dicho/a agente ha sido evaluada por Junta Médica de la DGE y por la Subsecretaría de Trabajo quienes sobre la base de la historia clínica las constancias médicas presentadas y sus antecedentes médicos han aconsejado la renovación del cambio de Funciones

PASE a MESA DE ENTRADAS a fin de que se forme expediente.