



## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS

	,
Fecha:	/ /

A los fines del mejor entendimiento del trámite administrativo que desee realizar le sugerimos visitar la Pagina Web.

AL SEÑOR DIRECTOR DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA:			
El que suscribe:			
en su carácter de de la repartición			
DATOS PERSONALES DEL AGENTE SOLICITANTE			
Apellido:	Nombre:		
DNI:	Domicilio:		
Nombre Repartición/Institución Donde Presta Servicios:			
Carpeta Médica a: Consultorio del día/			
	Domicilio del d	lía/	
Carpeta Médica Por:			
	Atención Familiar	Por Lactancia	
	Por Maternidad	Por Estudios Ginecológicos	
	Por Paternidad Por Razones de Salud	Por Día del Cuidado de la Salud	
Norma Vigente LeyArticuloIncisoPunto			
Observación:			