



INAU
SOLICITUD DE CERTIFICACIONES MÉDICA

1. SOLICITUD

NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO

CÉDULA DE IDENTIDAD

DIRECCIÓN

TELÉFONO: FIJO Y CELULAR

ENTRE LAS CALLES

ORGANISMO

DEPENDENCIA

HORARIO QUE REALIZA

CARGO PRESUPUESTAL

ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE DESEMPEÑA

OBSERVACIONES DEL SERVICIO

CASUAL: ENFERMEDAD

MATERNIDAD

REVÁLIDA
Ley 16104 Art. 23

DECLARO QUE SOLICITE LICENCIA MEDICA AL MISMO
TIEMPO EN TODO LUGAR DE TRABAJO, POR LA MISMA
CASUAL Y EN IDÉNTICA ACTIVIDAD.

FECHA

--	--	--

HORA:

FUNCIONARIO ACTUANTE
FIRMA Y ACLARACIÓN

FUNCIONARIO SOLICITANTE

2. SE CONCEDE LICENCIA MÉDICA:

SI

NO

DESDE

--	--	--

HASTA
INCL.

--	--	--

SE AUTORIZA SALIR DEL DOMICILIO:

SI

NO

CÓDIGO DEL SÍNDROME:

FECHA

--	--	--

FUNCIONARIO ACTUANTE

OBSERVACIONES POR CERT. MÉDICA