



**División Recursos Humanos**  
**Departamento de Personal**  
**Unidad de Certificaciones Médicas**

**Circular N° 02/17**

**DE: UNIDAD DE CERTIFICACIONES MÉDICAS**

**A: TODOS LOS SERVICIOS DE MONTEVIDEO**

**ASUNTO: Empresa Certificadora a Domicilio para Montevideo.**

**Empresa Certificadora**

**Asociación Española**

**Teléfonos de contacto 1920 int. 2040/2041/2044**

**Mail, [soeasesp@asesp.com.uy](mailto:soeasesp@asesp.com.uy)**

Fuera de horario de oficina **Teléfono 19202041(corrido)**, cuando se comunican los servicios con la empresa, **DEBEN** identificarse de la siguiente manera: **INAU**, Servicio, Nombre de quien realiza el pedido y claramente los datos del funcionario que solicita certificación (Nombre, Dirección, entre calles, teléfono y observaciones si las hubiera). **Enviando a certificaciones medicas el formulario correspondiente de acuerdo a la Res 997/17.**

  
**LOURDES SOSA**  
Jefe de Unidad de Certificaciones  
Director II Serie Adm. Gdo. II

  
**ALVARO ALBORES**  
DIRECTOR ENC. DPTO. DE PERSONAL  
I.N.A.U.