

ANEXO I – RESOLUCION N° 3526

**CERTIFICADO MEDICO UNICO
PROVINCIA DE RIO NEGRO**

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I. N°

FECHA DE NACIMIENTO:.....

EDAD:

DOMICILIO TELEFONO:.....

N° DE HISTORIA CLINICA:.....

DIAGNOSTICO:.....

.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:.....

.....

TRATAMIENTO:.....

.....

REPOSO LABORAL: SI / NO

DESDE EL DIA:

HASTA:

FECHA:

HORA:

FIRMA Y SELLO (MEDICO TRATANTE)

* Al profesional médico: el presente formulario debe ser completado en su totalidad con letra legible, quedando a los efectos de justificar la ausencia laboral del agente público por usted asistida, sujeto a los alcances de las Leyes de confidencialidad N° 24.766 de los derechos del paciente N° 26.742 y del Artículo 156° del Código Penal.

En la ciudad de..... a los..... días del mes de..... del
año..... siendo las..... horas, certifico que el/la docente.....
..... ha presentado el certificado médico único en el área de
recursos humanos de.....

FIRMA ACLARACION

* Se debe entregar copia del presente al docente con firma y sello del receptor, fecha y hora de recepción.