

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS

Fecha: / /

A los fines del mejor entendimiento del trámite administrativo que deseé 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.....

Le solicito tenga a bien dar trámite administrativo al pedido realizado por:

DATOS PERSONALES DEL AGENTE SOLICITANTE

Apellido: Nombre:

DNI: Domicilio:

Nombre Repartición/Institución Donde Presta Servicios:

Carpeta Médica a: Consultorio del día/...../.....

Domicilio del día/...../.....

Carpeta Médica Por:

Atención Familiar	Por Lactancia
Por Maternidad	Por Estudios Ginecológicos
Por Paternidad	Por Día del Cuidado de la Salud
Por Razones de Salud	

Norma Vigente Ley.....Articulo.....Inciso.....Punto.....

Observación: