

ENTREGAR DENTRO DE LAS 24 HS. EN SU LUGAR DE TRABAJO

ESTA LICENCIA QUEDA CONDICIONADA AL CUMPLIMIENTO
DEL ARTICULO 10° DEL DECRETO N° 3413/79

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL
CERTIFICADO DE LICENCIA

(1) Lugar y Fecha _____

Al Señor (2) _____

Al empleado de esa Repartición, Don (3) _____

_____, cuyos antecedentes clínicos quedan archivados
en esta dependencia bajo el número (4) _____, le corresponden los beneficios acordados
por el Art. (5) _____ del decreto N° _____ y debe considerársele con licencia
desde el día (6) _____

hasta el día (7) _____

(8) Dirección Nac./Delegación de Reconoc. Médicos
FORM. 1-3.0.6

(9) Firma y Sello aclaratorio