

PERMISO PARA ATENCION MEDICA 1

Matrícula

Autorizo a:

horario de trabajo hs. a hs.

a concurrir al Servicio Médico: SC

CAE CAC

Sector de Trabajo: Hora de salida hs.

Hora de regreso hs.

FECHA

Firma - aclaración

**

Servicio Médico: Hora de llegada hs.

Hora de salida hs.

Firma - aclaración

Organismo Promotor

Formulario N° 310

PERMISO PARA ATENCION MEDICA 2

Matrícula

Agente:

Horario de trabajo hs. a hs.

Servicio Médico: SC

CAE CAC

**

Atención: Odontológica

Médica Enfermería

Continúa Trabajando: SI NO

Licencia Artículo 10: a c d g i

Desde al

Franquicia horaria: Día / /

de hs. a hs.

POR: enfermedad Exám. Clínicos

FECHA

Firma - aclaración

Departamento Personal

Formulario N° 310

PERMISO PARA ATENCION MEDICA 1

Matrícula

Autorizo a:

horario de trabajo hs. a hs.

a concurrir al Servicio Médico: SC

CAE CAC

Sector de Trabajo: Hora de salida hs.

Hora de regreso hs.

FECHA

Firma - aclaración

**

Servicio Médico: Hora de llegada hs.

Hora de salida hs.

Firma - aclaración

Organismo Promotor

Formulario N° 310

PERMISO PARA ATENCION MEDICA 2

Matrícula

Agente:

Horario de trabajo hs. a hs.

Servicio Médico: SC

CAE CAC

**

Atención: Odontológica

Médica Enfermería

Continúa Trabajando: SI NO

Licencia Artículo 10: a c d g i

Desde al

Franquicia horaria: Día / /

de hs. a hs.

POR: enfermedad Exám. Clínicos

FECHA

Firma - aclaración

Departamento Personal

Formulario N° 310