

Córdoba, \_\_\_\_\_

**Al Sr. Director del  
CENTRO NACIONAL  
DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS  
9 de Julio 360, Ciudad de Córdoba  
s \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ d**

**DOCENTE**   
**NO DOCENTE**

Solicitamos a Usted disponer el Examen Médico por:

Ingreso	<input type="checkbox"/>	Pre-natal	<input type="checkbox"/>
Licencia P/Maternidad 1er. Pdo.	<input type="checkbox"/>	Licencia P/Maternidad 2do. Pdo. *	<input type="checkbox"/>
Licencia Corto Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Licencia Largo Tratamiento *	<input type="checkbox"/>
Tareas Livianas	<input type="checkbox"/>	Reducción Horaria	<input type="checkbox"/>
Alta Médica	<input type="checkbox"/>	Atención a Familiar	<input type="checkbox"/>

Apellido y nombres: _____ DNI N° _____ Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____ Tareas que desempeña: _____ Antigüedad: _____ Lugar y fecha: _____
---

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente,


**-Esta ficha es ÚNICAMENTE VÁLIDA para trámites de INGRESO. NO VÁLIDA para trámites de justificación de LICENCIAS DE NINGÚN TIPO.**

**-Concurrir con Documento de Identidad.**

**-Presentarse dentro de las 24 hs. para revisión médica, con la presente solicitud debidamente confeccionada.**

**-El examen de pre-ingreso debe hacerse antes de ocupar el cargo, para evitar, en su caso, posibles contagios.**