**EXCLUSIVAMENTEPARA SER UTILIZADO EN LICENCIAS EXTRAORDINARIAS/CRONICAS DIPREGEP 4**

**REGIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_**

Día\_\_\_\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_

El/la**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**en su carácter de Representante Legal del Colegio

DIPREGEP N° del distrito de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

solicita la intervención de esa Dirección a los efectos de la subvención de la Licencia por Enfermedad del docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (L.C /D.N.I) N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se desempeña en el cargo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A esos fines delega en la Dirección Provincial de Calidad Laboral de la Provincia el control médico del empleado previsto en el art.210 de La Ley de Contrato de Trabajo (T.O Decreto N° 390/76). **Solicito que las comunicaciones relativas al presente, en especial la notificación de la fecha de citación médica se remitan al siguiente correo electrónico cuyas notificaciones asumo tendrán total validez:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*.

*\*(consignar correo electrónico con letra CLARA y LEGIBLE).*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y Sello del Representante Legal**

**DECLARACIÓN JURADA DEL DOCENTE**

El/la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(L.C/D.N.I.)N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En pleno conocimiento de las sanciones que la Ley prevé para quienes omiten o falsean datos, declara bajo juramento que si/no desempeña otra actividad pública o privada **(1)**.

1. **En caso afirmativo deberá individualizar el lugar de trabajo y cargo desempeñado:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antigüedad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 **Firma del Docente**

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**

El/la docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOMICILIO PART.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(L.C/D.N.I) N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien se desempeña en el Colegio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DIPREGEP N°\_\_\_\_\_\_) del distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Licencias**: Diagnóstico y artículo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reposo**: desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional Médico