

## CERTIFICACIONES MÉDICAS

(Entregar por Duplicado)

Solicitud de Licencia: Por Enfermedad  Por Maternidad  Por Lactancia

Solicito licencia por el período desde ..... hasta ..... (Inclusive)

El período de licencia ha de ajustarse estrictamente a las fechas dispuestas en el Certificado Médico, sin posibilidad de retrocertificación, ni postcertificación.

### DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad

Cred. Cívica

1er. Apellido

2do. Apellido

1er. Nombre

2do. Nombre

Domicilio	
Calle :	_____
Número _____	Apto. N° _____
Entre _____	y _____

Localidad

Departamento

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Recibido en Centro Educativo o Dependencia de ANEP: LICEO LA CORONILLA

Fecha Aviso Centro Educativo		
DÍA	MES	AÑO

Dirección del Centro Educativo: LEOPOLDO FERNÁNDEZ S/N Tel: 44762957

Correo electrónico liceolacoronilla@hotmail.com Localidad LA CORONILLA Departamento ROCHA

Fecha de recibido DÍA \_\_\_/MES \_\_\_/AÑO \_\_\_/

Nombre del funcionario receptor \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Sello

(Remitir información a Médicos Certificadores dentro de las 48 hs, quedando una copia en la Institución)

### CONSTANCIA: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO

La Dependencia \_\_\_\_\_ de la ANEP hace constar que \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ presentó solicitud de Certificación Médica desde DÍA \_\_\_/MES \_\_\_/AÑO \_\_\_/

DÍA \_\_\_/MES \_\_\_/AÑO \_\_\_/ inclusive.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Funcionario Receptor

## DATOS FUNCIONALES

Nº de Cobro \_\_\_\_\_

Descripción del Cargo Docente: **E**- Efectivo **I** - Interino **S** - Suplente

Consejo	Desc.car	Escalafón/Gdo.	Función	Carga Horaria	Radic. Cargo	Turno

Descripción del Cargo No Docente: **P**- Presupuestado **C** - Contratado **B** - Becario/Pasante

Consejo	Desc.car	Escalafón/Gdo.	Función	Carga Horaria	Radic. Cargo	Turno

**El funcionario deberá ajustarse a lo dispuesto en el Certificado Médico.  
Si el mismo determina que por la dolencia debe permanecer en domicilio, deberá hacerlo hasta el reintegro laboral.**

Declaro bajo juramento que también solicité licencia por la misma causal y por el mismo lapso en todas las otras tareas que desempeño.

Cargos Públicos: \_\_\_\_\_

Cargos Privados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
C.I.

---

### SE RECUERDA QUE:



Los funcionarios que por razones de enfermedad no puedan concurrir a su trabajo deberán dar aviso dentro de las primeras horas de labor al jefe respectivo.  
El incumplimiento de esta formalidad determinará que la inasistencia se compute como falta sin aviso.



El presente formulario deberá presentarse por duplicado en la dependencia en que se cumplen tareas dentro de las 48 horas hábiles a partir del aviso, anexando el certificado médico en sobre cerrado identificado con Nombre, teléfono y C.I.