

Anexo II
FORMULARIO MODELO

**JUNTA MÉDICA MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE SEGUI
ORDENANZA N° 23/2019**

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I. N°:..... **LEGAJO N°:**..... **EDAD:**.....

TAREAS HABITUALES:.....

.....

MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDICACIÓN ACTUAL:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Para el caso de que el agente recibiera el alta médica:

1. Con capacidades plenas

2. Con adaptación de tareas

Temporalmente Plazo:.....

Definitivamente

Detalle de tareas permitidas y prohibidas (en caso de alta con adaptación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

Fecha y lugar de evaluación:, dede

Firma y sello de médicos intervinientes:

SÓLO PARA EL CASO DE JUNTA MÉDICA REALIZADA POR SEPARADO

OBSERVACIONES MÉDICOS CLÍNICOS:

.....
.....

EVALUACIÓN CLÍNICA:

.....
.....
.....

Fecha y lugar de evaluación:, dede

Firma y sello de médicos intervinientes: