

## SERVICIO DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS

Para ser llenado por el médico tratante

LA SEÑORA \_\_\_\_\_  
ESTÁ CURSANDO LA SEMANA \_\_\_\_\_ DE EMBARAZO.  
SU FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUE EL \_\_\_\_\_  
SIENDO LA FECHA PROBABLE DE PARTO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ SELLO DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
Este certificado tiene carácter de Declaración Jurada.

EL AGENTE \_\_\_\_\_ LEGAJO \_\_\_\_\_  
GOZARÁ DE LICENCIA CON GOCE ÍNTEGRO DE HABERES A PARTIR DEL DÍA \_\_\_\_\_ HASTA  
\_\_\_\_\_ BAHÍA BLANCA.

EN CASO DE ESTAR ENCUADRADO EN EL ART. 23 INCISO b); c); d); e): ESTE SERVICIO  
RECONOCE LICENCIA CON GOCE ÍNTEGRO DE HABERES HASTA EL DÍA \_\_\_\_\_  
BAHÍA BLANCA \_\_\_\_\_