



DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIONES DEL TRABAJO
SECRETARÍA DE TRABAJO Y EMPLEO
CONTRALOR DE TRATAMIENTO MÉDICO
DECLARACIÓN JURADA

De acuerdo a lo solicitado por la Junta Médica Laboral elevo la siguiente información referente a el/la Sr./Sra.

_____ DNI: _____

Fecha de inicio de licencia: ____/____/____

Domicilio donde presta tareas el/la trabajador/a:

Informe médico asistencial

Diagnóstico:

Aptitud para trabajar:

Modificaciones de las condiciones laborales:

Médico asistencial interviniente:

Informe médico laboral

Diagnóstico:

Aptitud para trabajar:

Modificaciones de las condiciones laborales:

Médico laboral interviniente:

Estudios Complementarios y/o Realizados:

Tratamiento Farmacológico

Fármaco (droga genérica)	Dosis diaria	Duración

Realiza Psicoterapia: ☐ Si ☐ No

Se solicita adjuntar la documentación que obra en su poder.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico

Art. 295 – Código Penal: "Sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia presente o pasada de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio". "La pena será de uno o cuatro años, si el falso certificado debería tener por consecuencia que una persona sana fuera detenida en un manicomio, lazareto u otro hospital".

Art. 296-Código Penal: "El que hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuere autor de la falsedad".

* **IMPORTANTE:** Antes de completar lea cuidadosamente. Los datos suministrados en este formulario tienen carácter de **Declaración Jurada**.