



CAMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DEL CHACO

AVISO DE INASISTENCIA POR ENFERMEDAD

APELLIDO Y NOMBRE DEL AGENTE:

LUGAR Y FECHA:

DIRECCION DONDE PRESTA SERVICIO:

FECHA DE INASISTENCIA:

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO A: (Indique que solicita)	1) Consultorio	<input type="checkbox"/>
	2) Domicilio	<input type="checkbox"/>
	3) Por Familiar Enfermo	<input type="checkbox"/>

En los dos últimos casos especificar domicilio en el que el profesional médico debe efectuar el reconocimiento correspondiente.

DOMICILIO Y/O LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL AGENTE:

FIRMA Y ACLARACION DEL
SOLICITANTE Y/O SOLICITANTE