

**EXCLUSIVAMENTE PARA SER UTILIZADO EN LICENCIAS EXTRAORDINARIAS/CRONICAS  
Y TRASTORNOS DE EMBARAZO O AMENAZA DE ABORTO - DIPREGEP 4**

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

El/la \_\_\_\_\_ en su carácter de Representante Legal del Colegio  
\_\_\_\_\_ DIPREGEP N° \_\_\_\_\_ del distrito de \_\_\_\_\_  
solicita la intervención de esa Dirección a los efectos de la subvención de la Licencia por Enfermedad del docente  
\_\_\_\_\_ (L.C /D.N.I) N° \_\_\_\_\_  
que se desempeña en el cargo de \_\_\_\_\_. A esos fines delega en la Dirección  
Provincial de Calidad Laboral de la Provincia el control médico del empleado previsto en el art.210 de La Ley de  
Contrato de Trabajo (T.O Decreto N° 390/76). **Solicito que las comunicaciones relativas al presente, en especial la  
notificación de la fecha de citación médica se remitan al siguiente correo electrónico cuyas notificaciones asumo  
tendrán total validez:** \_\_\_\_\_\*.

\*(consignar correo electrónico con letra CLARA y LEGIBLE).

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Representante Legal

---

**DECLARACIÓN JURADA DEL DOCENTE**

El/la \_\_\_\_\_ (L.C/D.N.I.)N° \_\_\_\_\_  
En pleno conocimiento de las sanciones que la Ley prevé para quienes omiten o falsean datos, declara bajo juramento  
que si/no desempeña otra actividad pública o privada (1).

(1) **En caso afirmativo deberá individualizar el lugar de trabajo y cargo desempeñado:**

\_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
Antigüedad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Docente

---

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**

El/la docente \_\_\_\_\_ DOMICILIO  
PART. \_\_\_\_\_ (L.C/D.N.I) N° \_\_\_\_\_ quien se desempeña en el  
Colegio \_\_\_\_\_ (DIPREGEP N° \_\_\_\_\_) del distrito \_\_\_\_\_

**Licencias:** Diagnóstico y artículo \_\_\_\_\_

**Reposo:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional