

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS**

Fecha: / /

A los fines del mejor entendimiento del trámite administrativo que desee realizar  
le sugerimos visitar la [Página Web](#).

**AL SEÑOR  
DIRECTOR DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA:**

El que suscribe:.....

en su carácter de..... de la  
repartición.....

Le solicito tenga a bien dar trámite administrativo al pedido realizado por:

**DATOS PERSONALES DEL AGENTE SOLICITANTE**

Apellido:

Nombre:

DNI:

Domicilio:

Nombre Repartición/Institución Donde Presta Servicios:

Carpeta Médica a:

Consultorio del día ...../...../.....

Domicilio del día ...../...../.....

Carpeta Médica Por:

Atención Familiar

Por Lactancia

Por Maternidad

Por Estudios Ginecológicos

Por Paternidad

Por Día del Cuidado de la Salud

Por Razones de Salud

Norma Vigente Ley.....Artículo.....Inciso.....Punto.....

Observación: