



DESCARGO DE AUSENTISMO

Día Mes Año

DATOS DEL AGENTE

Apellido y Nombre: (Completo)

Número de Documento

Domicilio

Teléfono

Cargo

Suplente/Titular

Antigüedad

ENFERMEDAD ACTUAL

Número de
llamado:

Fecha de llamado

Fecha del
Certificado Médico

Médico Tratante

Cantidad de
días

Ley 5811

Art. 40 Art. 50/7 Art. 54

Nombre y parentesco (50/7)

MOTIVO

ADJUNTO PARA SU
CONSIDERACIÓN

Notificación del Agente

JUSTIFICACIÓN: para ser llenado por
autoridad de Salud Laboral

JUSTIFICA

Cantidad
de Días

DESDE

HASTA

SI

NO

Excepto

Firma del Médico