



* Original

ALTA MÉDICA (Art. 118)

Organismo: _____ **Fecha** ___/___/___

- Quien suscribe _____ DNI _____

solicito Alta Médica para ser valorada por Reconocimiento Médico, con certificado y exámenes correspondientes en dicho organismo.

Firma / Aclaración

Observaciones: _____



* Duplicado

ALTA MÉDICA (Art. 118)

Organismo: _____ **Fecha** ___/___/___

- Quien suscribe _____ DNI _____

solicito Alta Médica para ser valorada por Reconocimiento Médico, con certificado y exámenes correspondientes en dicho organismo.

Firma / Aclaración

Observaciones: _____