



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

EXAMEN MÉDICO

1 - Datos personales

Apellido:	<input type="text"/>	Nombres:	<input type="text"/>
Documento:	Tipo: <input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lugar de nacimiento:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
		Domicilio:	<input type="text"/>
Instituto:	<input type="text"/>	Cargo:	<input type="text"/>
Tareas que desempeñará:	<input type="text"/>		
Fecha de ingreso:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ocupó cargos con anterioridad?:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No. Detallar:
	<input type="text"/>		

2 - Solicitud

Sr/a. Director/a de la Dirección de Salud

Me es grato dirigirme a Ud. solicitándole quiera tener a bien disponer el examen médico del agente que se menciona en la presente con motivo de su designación/contratación en esta Universidad.

Lugar y Fecha

.....
Firma Área Personal