

Registro de Libro de Medicina Laboral (Interno / Externo)

N° Rubrica: _____ Establecimiento: _____ Tomo: _____ Fojas: _____ Desde: _____ Hasta: _____

1. Datos de la empresa

Razón Social: _____ C.U.I.T.: _____

2. Representante Legal/ Apoderado

Nombres y apellidos: _____

Domicilio legal: _____

Tipo de Documento: _____ Número: _____

.....
Certificación de firma

.....
Firma de Responsable Legal / Apoderado

3. Establecimiento Alcanzado

Actividad: _____ C.I.I.U.: _____

Calle: _____ Número: _____

Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: _____ Telefono: _____ Fax: _____ Email: _____

DDJJ de cumplimiento Res.415/02 SRT: _____ Adjuntar Anexo II _____

4. Personal en Producción

Total: _____ Varones: _____ Mujeres: _____ Menores: _____

5. Personal en Administración

Total: _____ Varones: _____ Mujeres: _____ Menores: _____

6. Profesional Responsable Actuante

Nombres y apellidos: _____ Tipo de Documento: _____ Número: _____

N° Registro: _____ Interno: _____ Externo: _____

Carga mensual de horas: _____ Fecha de alta del profesional del establecimiento: _____

7. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y apellidos: _____ Tipo de Documento: _____ Número: _____

N° Registro: _____ Carga mensual de horas: _____

8. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y apellidos: _____ Tipo de Documento: _____ Número: _____

N° Registro: _____ Carga mensual de horas: _____

9. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y apellidos: _____ Tipo de Documento: _____ Número: _____

N° Registro: _____ Carga mensual de horas: _____

La Subsecretaría de Trabajo y Empleo acusa formal recibo de la presente que tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA** y de la presente planilla adherida al libro rubricado. En caso de cambio de profesional, el Responsable del Establecimiento queda obligado a comunicar la nueva alta a esta Subsecretaría dentro de los **5 (CINCO) días (art. 7 Res. 8725/11)** de producida la extinción del vínculo anterior. El profesional queda obligado a hacerlo si la misma se produce antes de su vencimiento pactado, o si no se hubiere pactado su vencimiento. Queda Usted debidamente notificado ____ / ____ / ____

.....
Certificación de firma
Viso y control. Funcionario STE

.....
Firma del Profesional
Responsable del Servicio de Medicina Laboral

Firma Dirección de Relaciones Individuales.

Consta firma con token de Director de Relaciones Individuales en "hoja adicional de firmas" en Resolución por sistema de Expediente Electrónico.

En caso de **BAJA** del Profesional, con la fecha y su firma al pie de la presente deja constancia de su desvinculación de las prestaciones del Servicio de Medicina del Trabajo.

Baja a partir de fecha: _____ / _____ / _____

Firma del Médico Laboral _____