

ANEXO I



CERTIFICADO MÉDICO - PASE LIBRE POR ENFERMEDAD – SECRETARÍA DE TRANSPORTE DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I.:CUIT/CUIL:EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

DIAGNOSTICO:

.....

TRATAMIENTO PRESCRIPTO.....

FRECUENCIA EN CANTIDAD DE DIAS:

PLAZO DE VALIDEZ: Indicar si son días o meses (hasta seis meses)

NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE: **SI NO**

JUSTIFICACION:

HOSPITAL O CENTRO DE ATENCION MEDICA:

DOMICILIO:

LUGAR Y FECHA:

PROFESIONAL MEDICO TRATANTE:

Firma y sello

DIRECTOR:

Firma y sello