

FORMULARIO 4-APTO MÉDICO

CONSTANCIA DE APTITUD DEL EMPLEADO

Lugar y fecha:

Empresa:

Empleado:

CUIL o DNI/LC/LE:

Tareas propuestas:

Se informa sobre la base de los resultados obtenidos en el **Examen Médico Preocupacional y/o Periódico** realizado xx / xx / xxxx al empleado mencionado precedentemente y de las tareas propuestas mencionadas por Ud., se concluye que el mismo se encuentra:

APTO SIN PRE EXISTENCIAS

CON PRE EXISTENCIAS

NO APTO

Firma:

Dr.

Especialista en Medicina del Trabajo

MN xxxxxx

Mat N° XXXX – Libro xx – Folio xx