1. **Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido: |  |
| N° de Cedula: |  |
| Edad: |  |
| Sexo: |  |
| Dirección: |  |

1. **Lugar de trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| Dentro del Hospital de Clínicas | Fuera del Hospital de Clínicas |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia | Función | Dependencia | Función | Entidad |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Antecedentes Patológicos (enfermedades que ya le fueron identificadas a la persona).**
2. **Medicación que consume habitualmente.**
3. **Motivo por cual solicita la exoneración laboral.**
4. **Constancias anteriormente utilizadas (adjuntar constancias).**
5. **Últimos estudios realizados.**

**Conste que los datos consignados en este formulario y la documentación adjuntada tienen carácter de declaración jurada conforme al decreto 3537/2020.**

**Firma del solicitante**