

Registro de Libro de Medicina Laboral

| 1. Datos de empresa | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|---|--|---------|--------------------------|--|---------|--|
| Razón Social | | | | | | | | | | |
| C.U.I.T. | | | | | | | | | | |
| 2. Representante Legal / Apoderado | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Número | | | | | | |
| Certificación de Firma | | | | | Firma de Representante Legal/ Apoderado | | | | | |
| 3. Establecimiento Alcanzado | | | | | | | | | | |
| Actividad | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | | | | | | | |
| Numero | | | | Piso | | | Dpto. | | | |
| Localidad | | | | Teléfono | | | | | | |
| Fax | | | | Email | | | | | | |
| 4. Personal en Producción | | | | | | | | | | |
| Total | | | Varones | | | Mujeres | | | Menores | |
| 5. Personal de Administración | | | | | | | | | | |
| Total | | | Varones | | | Mujeres | | | Menores | |
| 6. Profesional Responsable Actuante | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Número | | | | | | |
| Nº Registro Provincial | | | | Interno | <input type="checkbox"/> | Externo | <input type="checkbox"/> | | | |
| Carga Mensual de Horas | | | | Fecha de alta del Profesional en el Establecimiento | | | | | | |
| 7. Personal Técnico Auxiliar | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Número | | | | | | |
| Nº Registro Provincial | | | | Carga Mensual de Horas | | | | | | |
| 8. Personal Técnico Auxiliar | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Número | | | | | | |
| Nº Registro Provincial | | | | Carga Mensual de Horas | | | | | | |
| 9. Personal Técnico Auxiliar | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Número | | | | | | |
| Nº Registro Provincial | | | | Carga Mensual de Horas | | | | | | |
| Certificación de Firma | | | | | Firma de Profesional Responsable | | | | | |
| <p>La Subsecretaría de Trabajo acusa formal recibo de la presente notificando, que el profesional se halla inscripto en el Registro de Provincial de Graduados Universitarios de la Dirección de Higiene y Seguridad de esta Subsecretaría, reuniendo las formalidades requeridas, debiéndose mantener 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 Secretaría dentro de los treinta (30) días de producida la extinción del vinculo anterior. El profesional queda obligado a hacerlo si la misma se produce antes de su vencimientos pactado, o si no se hubiere pactado su vencimiento.</p> <p>Queda ustedes debidamente notificados:/...../.....</p> | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE S.H.T. | | | | | FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCION DE SEGURIDAD E HIGIENE | | | | | |
| <p>La presente habilitación tiene validez hasta el mes de del año próximo debiéndose gestionar su rehabilitación antes del/...../.....</p> <p>En caso de baja del profesional, con su firma deja constancia a partir de que se desvincula de las prestaciones del servicio e MEDICINA DEL TRABAJO.</p> | | | | | | | | | | |
| Fecha/...../..... | | | | | Firma de Profesional | | | | | |