Este documento podrá ser requerido por la autoridad sanitaria cada vez que lo considere necesario, en virtud de lo estipulado en la ley 18.248.

Es responsabilidad y obligación del empleador la tenencia y observación de la reglamentación vigente sobre la renovación y actualización de este documento.

Otorgada por:

Librada el día 01 de Diciembre de 2023

(Sello y firma del profesional)

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

Nº 065008

MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

Nº 065008

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: Manchesi

Nombre: Nestor Alberto

DNI Nº: 23.109.460

EXTENDIDO POR

MUNICIPALIDAD DE MORENO
SECRETARIA DE SALUD



Firma del Interesado

DOMICILIO

Calle: Warnes y Fair Varela

Número: S/N Bº Jardines

Ciudad: Moreno

Partido/Departamento: Moreno

Provincia: Buenos Aires

Librada el día: 01 de Diciembre de 2023

Válida hasta: 01/12/2024

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

Sello y firma de la autoridad sanitaria

RENOVACIONES

| Renovada el: | Válida hasta: | Sello y firma de la autoridad sanitaria interviniente |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

CONSTANCIA DE VACUNACIONES

| Vacunado el: | Vacuna: | Validez: | Sello y firma de la autoridad sanitaria interviniente |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## INHABILITACIONES

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Prueba confirmatoria: _____

Podrá reintegrarse a sus tareas en fecha: _____

Sello y firma de la autoridad sanitaria: _____

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

## CAPACITACIÓN

| Nivel | Fecha | Calificación | Autoridad sanitaria interviniente |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Hecho el depósito que marca la ley 11.723