LiNTI

LICENCIA NACIONAL DE TRANSPORTE INTERJURISDICCIONAL

República Argentina



DNI
24419158

Vencimiento
14/03/2024

Apellido
ETCHEVERRY

Nombre
Waldemar Darío

Categoría
Cargas Generales

PABLO CARIGNANO
DIRECTOR EJECUTIVO ANSV

SEGURIDAD VIAL

Ministerio de Transporte
Presidencia de la Nación

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 vigencia y observación de la reglamentación vigente sobre la renovación y actualización de este documento.

Otorgada por

Librada el día 04 de Diciembre de 2023

HOSPITAL ☆ LIBRETA SANITARIA ☆ SAN CAYETANO ARDIZ

(Sello y firma del profesional)

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

Nº 065005

MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

Nº 065005

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: Etcheverry

Nombre: Waldemar Darío

DNI Nº: 24.419.158

EXTENDIDO POR

MUNICIPALIDAD DE FLAMICIANA
SECRETARIA DE SALUD



Firma del interesado

DOMICILIO

Calle: Juan Cruz Iñiguez

Número: 547

Ciudad: Gualeguay

Partido/Departamento: Gualeguay

Provincia: Entre Ríos

Librada el día: 04 de Diciembre de 2023

Válida hasta: 04/12/2024

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