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 24 de ABRIL de 2024

(Sello y firma del profesional)

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

N° 067125

MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

N° 067125

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: WEBER

Nombre: JORGE NICOLAS

DNI Nº: 34.506.387

MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN
SECRETARIA DE SALUD

EXTENDIDO POR



Firma del Interesado

DOMICILIO

Calle: Guiraldes

Número: 5636

Ciudad: Villa Libertad

Partido/Departamento: San Martin

Provincia: Buenos Aires

Librada el día: 24 de ABRIL de 2024

Válida hasta: 24/04/2025

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

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