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 15 de ABRIL de 2025

(Sello y firma del profesional)

LIBRETA SANITARIA

Nº 065516

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

Nº 065516

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

## LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: VELAZQUEZ

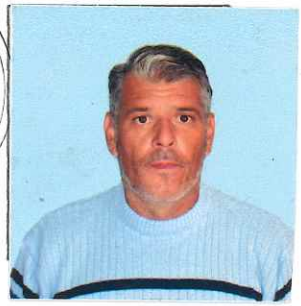
Nombre: FACUNDO MANUEL

DNI Nº: 25.807.218

### EXTENDIDO POR

MUNICIPALIDAD DE GUALEGUAY
SECRETARIA DE SALUD

Firma del interesado



### DOMICILIO

Calle: Tucuman y Rosario del tala

Número: S/N

Ciudad: Gualeguay

Partido/Departamento: Gualeguay

Provincia: Entre Rios

Librada el día: 15 de ABRIL de 2024

Válida hasta: 15/04/2025

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
MP 23003

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