MUNICIPIO DE
HURLINGHAM
ES MI LUGAR

SECRETARIA DE SALUD

N° 067139

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley 18.284

LIBRETA SANITARIA NACIONAL

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: ☆ LIBRETA SANITARIA ☆ HOSPITAL SAN BERNARDINO

Librada el día [illegible] de ENERO de 2025

(Sello y firma del profesional)

Dr. Marcos Curi
Médico Clínico
M.N. 15006

N° 067139

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

LIBRETA SANITARIA NACIONAL DE:

Apellido: KUNASEK

Nombre: JAVIER

DNI Nº: 34.790.265

MUNICIPALIDAD DE PASO DE LOS LIBRES SECRETARIA DE SALUD

EXTENDIDO POR



Firma del Interesado

DOMICILIO

Calle: 5TA SECCION PALMAR

Número: S/N

Ciudad: PASO DE LOS LIBRES

Partido/Departamento: PASO DE LOS LIBRES

Provincia: CORRIENTES

Librada el día: 14 de ENERO de 2025

Válida hasta: 14/01/2026

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