



Registro de Libro de Medicina Laboral

1. Datos de empresa

Razón Social	
C.U.I.T.	

2. Representante Legal / Apoderado

Nombres y Apellidos			
Tipo de Documento		Número	
Certificación de Firma Firma de Representante Legal/ Apoderado			

3. Establecimiento Alcanzado

Actividad			
Calle			
Numero	Piso		Dpto.
Localidad		Teléfono	
Fax		Email	

4. Personal en Producción

Total	Varones	Mujeres	Menores
-------	---------	---------	---------

5. Personal de Administración

Total	Varones	Mujeres	Menores
-------	---------	---------	---------

6. Profesional Responsable Actuante

Nombres y Apellidos			
Tipo de Documento		Número	
Nº Registro Provincial		Interno <input type="checkbox"/>	Externo <input type="checkbox"/>
Carga Mensual de Horas		Fecha de alta del Profesional en el Establecimiento	

7. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y Apellidos			
Tipo de Documento		Número	
Nº Registro Provincial		Carga Mensual de Horas	

8. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y Apellidos			
Tipo de Documento		Número	
Nº Registro Provincial		Carga Mensual de Horas	

9. Personal Técnico Auxiliar

Nombres y Apellidos			
Tipo de Documento		Número	
Nº Registro Provincial		Carga Mensual de Horas	

Certificación de Firma

Firma de Profesional Responsable

La Subsecretaría de Trabajo acusa formal recibo de la presente notificando, que el profesional se halla inscripto en el Registro de Provincial de Graduados Universitarios de la Dirección de Higiene y Seguridad de esta Subsecretaría, reuniendo las formalidades requeridas, debiéndose mantener la presente planilla adherida al libro rubricado. En caso de cambio de profesional, el responsable del establecimiento queda obligado a comunicar la nueva alta a esta Secretaría dentro de los treinta (30) días de producida la extinción del vinculo anterior. El profesional queda obligado a hacerlo si la misma se produce antes de su vencimientos pactado, o si no se hubiere pactado su vencimiento.

Queda ustedes debidamente notificados:/...../.....

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE S.H.T.

FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCION DE SEGURIDAD E HIGIENE

La presente habilitación tiene validez hasta el mes de del año próximo debiéndose gestionar su rehabilitación antes del/...../.....

En caso de baja del profesional, con su firma deja constancia a partir de que se desvincula de las prestaciones del servicio e MEDICINA DEL TRABAJO.

Fecha/...../.....

Firma de Profesional