



## NOTIFICACIÓN EXAMEN MÉDICO DE EGRESO

**APELLIDO Y NOMBRE :** .....

**LEGAJON° :** .....

**DEPENDENCIA :** .....

**C.U.I.L. N° :** .....

Atento a mi desvinculación del Organismo, me notifico por la presente de que dispongo del término de DIEZ (10) días, previos a mi cese efectivo y hasta TREINTA (30) días posteriores al mismo, para realizar el examen médico de egreso, el cual se establece en cumplimiento de la Resolución N° 43/97 de la Superintendencia del Riesgo del Trabajo.

A tales efectos, tomo conocimiento de que deberé concurrir a la Dirección de Personal (División Servicio Médico) o en su defecto para el interior del país, al prestador médico correspondiente, provisto de un ejemplar de la presente notificación, certificada por la Jefatura, a efectos de solicitar fecha y turno de examen.

Por último, me notifico que el incumplimiento por mi parte del requisito de examen médico de egreso, desvirtuará mis posibilidades futuras de efectuar reclamos sobre eventuales dolencias que pudiera aducir como consecuencia o a raíz de mi relación de empleo.

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del Declarante

### CERTIFICACIÓN DE LA JEFATURA

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma y Sello Jefatura