**FECHA: …………………………………………………………………………**

**DATOS DEL EMPLEADO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO** |  |
| **LEGAJO/ DNI** |  |
| **DOMICILIO/ TELEFONO** |  |
| **SECRETARIA/DIRECCION** |  |

En el marco del Decreto Municipal Nº 246/20 con referencia al licenciamiento laboral y aislamiento social, renuévase licencia desde el día de la fecha hasta el dictado de nuevo acto administrativo.

El mismo se encuentra comprendido en alguno de los siguientes supuestos:

* Quienes hayan cumplido 60 o más años de edad a la fecha de la presente, o que cumplan durante su vigencia.
* Mujeres embarazadas
* Grupos de riesgo que se detallan a continuación, conforme a Resolución Nacional N°541/2020:
* Enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma;
* Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas;
* Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica): VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable) o pacientes con VIH con presencia de comorbilidades independientemente del status inmunológico, utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días), inmunodeficiencia congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave;
* Pacientes oncohematológica y trasplantados: tumor de órgano sólido en tratamiento, enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa y trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos;
* Obesos mórbidos (con índice de masa corporal > a 40);
* Diabéticos tipo 1 (insulino dependientes);
* Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.
* Personas con Certificado único de Discapacidad

En forma **obligatoria** se deberá adjuntar un certificado médico actualizado que certifique la patología por la cual se encuadre en la licencia.

El mismo deberá ser presentado al Directivo correspondiente.

…………………………………………………….

Firma de Secretario y/o Director

…………………………………………………….. ………………………………………………

Firma del médico laboral Firma y aclaración del empleado