



EXP-UNR: 33013/2024

ROSARIO, **04 de octubre de 2024**

VISTO que para solicitar licencia por enfermedad no existe un modelo estandarizado de certificado, y

CONSIDERANDO:

Que es menester del Programa Integral Interdisciplinario de Salud Laboral fijar pautas claras para un mejor desempeño en la administración y criterio de trabajo.

Que las licencias por enfermedad requieren de una documentación obligatoria mínima, que es el certificado extendido por el médico actuante.

Que las diversidades en la confección de tales documentos suelen traer una variedad de interpretaciones, a veces en perjuicio del trabajador.

Que actualmente las instituciones públicas tienden a homogeneizar la documentación mínima para agilizar trámites y despejar dudas en la confección.

Atento la intervención de Secretaría Privada.

CONSIDERANDO:

Por ello,

**EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**RESUELVE:**

ARTICULO 1º.- Aprobar el modelo de certificación único y general que proporcione todos los datos necesarios para justificar una licencia en forma clara para ser completado por el profesional, cuyos Modelos se adjuntan a la presente.

ARTICULO 2º.- Este modelo comprende 2 posibilidades: "Licencia por Enfermedad Personal" y "Licencia por Atención a Familiar Enfermo" y serán presentados en la página oficial de la

///



EXP-UNR: 33013/2024

///-2

Universidad Nacional de Rosario dentro de Trámites, donde se podrá descargar el certificado e imprimirlo para su posterior uso.

ARTICULO 3°.- Proponer un plazo de SEIS (6) meses donde convivirán ambas formas; la actual, con certificados de uso corriente y el nuevo modelo estandarizado para la Universidad Nacional de Rosario.

ARTICULO 4°.- Posterior a ese período se exigirá como válido únicamente el nuevo modelo de certificado, a excepción de los extendidos por guardias médicas o servicios de urgencias.

ARTICULO 5°.- Cualquier otra documentación complementaria al certificado, exigida por Auditoría o Junta Médica, continuará siendo aceptada tal cual se presenta actualmente.

ARTICULO 6°.- El certificado deberá estar estampillado por el Colegio de Médicos correspondiente.

ARTICULO 7°.- Inscribise, comuníquese y archívese.

## RESOLUCIÓN N° **5990/2024**

ka

ARTICULO 3°.- Proponer un plazo de SEIS (6) meses donde convivirán ambas formas; la actual, con certificados de uso corriente y el nuevo modelo estandarizado para la Universidad Nacional de Rosario.

ARTICULO 4°.- Posterior a ese período se exigirá como válido únicamente el nuevo modelo de certificado, a excepción de los extendidos por guardias médicas o servicios de urgencias.

ARTICULO 5°.- Cualquier otra documentación complementaria al certificado, exigida por Auditoría o Junta Médica, continuará siendo aceptada tal cual se presenta actualmente.

ARTICULO 6°.- El certificado deberá estar estampillado por el Colegio de Médicos correspondiente.

ARTICULO 7°.- Inscribise, comuníquese y archívese.

ka

# CERTIFICADO MÉDICO

## Por enfermedad personal

En la localidad de....., Provincia de.....,

El día...../...../..... A las ..... horas, se presentó a revisión médica.....

DNI: .....

Se encuentra con un cuadro de.....

CIE-10:..... aconsejando reposo de.....

desde el día.....hasta el día.....

Cantidad de días: .....

En la localidad de....., Provincia de.....,

El día...../...../..... A las ..... horas, se presentó a revisión médica.....

DNI: .....

Se encuentra con un cuadro de.....

CIE-10:..... aconsejando reposo de.....

desde el día.....hasta el día.....

Cantidad de días: .....

Estampillas

Firma y sello del Médico



PROGRAMA  
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO  
de SALUD LABORAL

Estampillas

Firma y sello del Médico

# CERTIFICADO MÉDICO

## Para Licencias por Atención a Familiar Enfermo

En la localidad de.....,Provincia de.....

El día ...../...../....., a las ..... horas, se presenta a revisión médica el/la Paciente:.....

..... DNI: ....., de .....años de

edad, acompañado/a de:.....

DNI:....., quien declara ser su (*consignar parentesco*).....

Se certifica que el/la paciente se encuentra con un cuadro de.....

.....

Código CIE-10: ....., aconsejando reposo desde el día..... hasta el día .....,

Total de días ....., debiendo quedar al cuidado por el tiempo de reposo indicado del familiar

que lo/a acompaña. .... a las ..... horas, se presenta a revisión médica el/la Paciente:.....

..... DNI: ....., de ..... años de

edad, acompañado/a de:.....

DNI:....., quien declara ser su (*consignar parentesco*).....

.....

.....

Código CIE-10: ..... *Estampillado* ..... *Firma y sello del médico*



PROGRAMA  
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO  
de SALUD LABORAL

.....

.....

.....

.....

.....

# Hoja de firmas



Sistema: sudocu  
Razón: Cargado por STELLA MARIS CASTILLO  
Fecha de creación: 29/10/2024 13:32:51



Sistema: sudocu  
Razón: Autorizado por ALEJANDRO MARIO VILLALBA  
Fecha de subida: 30/10/2024 12:12:40



Sistema: sudocu  
Razón: Autorizado por Franco Bartolacci  
Fecha de subida: 31/10/2024 13:05:25

Hoja de firmas

Sistema: sudocu  
Razón: Cargado por STELLA MARIS CASTILLO  
Fecha de creación: 29/10/2024 13:32:51

Sistema: sudocu  
Razón: Autorizado por Franco Bartolacci  
Fecha de subida: 31/10/2024 13:05:25

Sistema: sudocu  
Razón: Autorizado por ALEJANDRO MARIO VILLALBA  
Fecha de subida: 30/10/2024 12:12:40

UNR