

## SUSPENSIÓN DE AGENDA PROFESIONALES

### MÉDICOS Y NO MÉDICOS

(entregar firmado en Secretaría de Atención Abierta)

- FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_
- PROFESIONAL QUE SUSPENDE AGENDA: \_\_\_\_\_
- MAIL: \_\_\_\_\_

CAUSAL DE BLOQUEO DE AGENDA:		
FERIADO LEGAL	PERMISO ADMINISTRATIVO	PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES
CAPACITACIÓN	REUNIÓN	TURNOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FECHA(S) DE BLOQUEO: _____</li> </ul>		

MODO DE REPOSICIÓN DE AGENDA:		
SOBRECUPA	NUEVO DÍA DE POLICLÍNICO	DISTRIBUCIÓN A OTRO ESPECIALISTA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FECHA(S) DE REPOSICIÓN (debe ser dentro de 30 días posterior al bloqueo de agenda): _____</li> </ul>		

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERESADO(A)

\_\_\_\_\_  
FIRMA JEFATURA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA COORDINADOR POLICLÍNICOS

\_\_\_\_\_  
FIRMA JEFE SOME

FECHA RECEPCION EN SOME: \_\_\_\_\_

**Recuerde que este formulario no es una solicitud de permiso.**

