UNIDAD DE GESTIÓN DESCONCENTRADA MALDONADO

LLAMADO EXTERNO UE0003-23

PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN LA UNIDAD DE GESTION DESCONCENTRADA MALDONADO

FICHA MEDICA

Nombres y Apellidos: _____ Fecha ____/____/____

Cédula de Identidad: _____ Edad: _____

Mutualista o Servicio Médico al que se encuentra afiliado: _____

1) Sufre usted de:

	si	no
disminución de audición		
infecciones de oido		
problemas en la vista		
dificultad para mantenerse atento en vía pública		
enfermedades que le impidan agacharse o caminar realizando un recorrido diario de más de 30 cuadras		
enfermedad de columna, piernas, rodillas o pies		
várices de miembros inferiores		
hernias abdominales		
enfermedades respiratorias: asma, bronquitis, etc		
enfermedades del corazón		
presión alta/baja		
enfermedades en piel que no le permita exponerse al sol		
enfermedades que no le permita trabajar en la intemperie		
estrés		

2) Actualmente está en tratamiento por:

	si	no	especificar
diabetes			
presión alta/baja			
otros?			

3) Toma alguna medicación ¿cuál?

4) Visita regularmente

	si	no
Médico/a		
Psicólogo/a		
Psiquiatra		
Odontólogo/a		

5) Ha estado internado/a por

	si	no	especificar
cirugías			
otras enfermedades			
problemas con alcohol			
problemas con drogas			
problemas psicoemocionales			

6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:

	si	no
tabaco		
alcohol		
marihuana		
pasta base		
cocaína		
otros?		

Otra información médica que pueda resultar de interés para el tipo de trabajo para el que se está postulando:

El trabajo implica régimen de turno rotativo (hasta tres turnos) y en jornadas laborales de 8 horas, de acuerdo a las necesidades del servicio y de acuerdo a la reglamentación vigente. El horario de los servicios a cubrir será de 0:00 a 24:00 horas de lunes a domingos.

Tareas que incluyen trabajos a la intemperie, tareas dentro y fuera de los locales de UGD, planta de abastecimiento, piletas, oficinas y depósitos, puntos de re cloración, perforaciones, escuelas rurales. Manejo de vehículos.

Se sugiere leer las actividades y tareas descriptas en las Bases del presente llamado para estar en conocimiento de las mismas y por posibles limitaciones médicas que puedan impedir el desempeño del trabajo.

_____

Firma

*** Nota: esta información es confidencial**