



COMUNICADO SOBRE DÍAS POR VACUNACIÓN - COVID 19

En el marco de lo estipulado en la Resolución N° 459/21 del ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros, se informa a las y los agentes que podrán justificar el **día para la vacunación** –a través de la aplicación Mis Licencias– **siempre que sea coincidente con su día laboral**. En dichos casos, deberán adjuntar la constancia que acredite la aplicación de la vacuna.

En caso de presentar, luego de la vacunación, eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI), que deben ser notificados al sistema de salud, **podrán solicitar en forma diaria la licencia con el diagnóstico: "CV - Efectos Secundarios vacunación COVID-19"**. Para documentar esta circunstancia deberán adjuntar la notificación de la aplicación VACUNARTE o CUIDAR.

Para realizar la solicitud :

Ingresá a la App Mis Licencias y seleccioná el diagnóstico con el prefijo:

"CV - VACUNACION COVID - 19"

para solicitar justificar el día de tu vacunación.

Fecha de inicio

Cantidad de días días

Adjuntar documentación
(Mínimo 1 documento) (Máx 8MB)

Diagnostico

¿Licencia de familia?

¿Forma parte de un grupo de riesgo?
(independientemente del diagnóstico elegido)

Profesional que emitió la licencia

Matrícula Provincial

Para realizar la solicitud por efectos adversos por vacunación :

Ingresa a la App Mis Licencias y selecciona el diagnóstico con el prefijo:

"CV - Efectos Secundarios Vacunación COVID - 19"

Diagnóstico

🔍 CV

- CV - Efectos secundarios Vacunación COVID-19
- CV - Vacunación COVID-19

Para ambos casos:
Ingresá la
Matrícula Provincial 4592021
cuando solicite el profesional que emitió la licencia

Buscar Médico Particular

Tipo de matrícula

Provincial

Nacional

Matricula

Vacunación , Covid-19
Especialidad: OTRAS

Ingresar nuevo médico

Profesional que emitió la licencia

BUSCAR

Matrícula Provincial
4592021

Nombre	Apellido
Covid-19	Vacunación

Especialidad
OTRAS

COMPLETAR SOLICITUD **CANCELAR**

Adjuntá la constancia de VACUNARTE o de CUIDAR a la aplicación. Tanto en caso de vacunación como de efectos adversos.

BUENOS AIRES VACUNARTE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Nombre y Apellido:.....
Fecha de Nacimiento:.....
DNI:.....
Número del ciudadano:.....

Es importante que la primera y segunda dosis de la vacuna sean del mismo laboratorio. No olvides presentar tu carnet papel o tarjeta cuando te acerques para recibir la segunda dosis

Vacuna	Dosis (marcar con x)	Fecha	Lote	Firma Vacunador	Observaciones
	1º				Debe aplicarse la segunda dosis el día...../...../.....
	2º				

Ante cualquier duda comunicarse con el 148

Luego de haber completado todos los campos, seleccioná CONFIRMAR .



Recordá que la misma tiene caracter de DECLARACIÓN JURADA