



Nº 3 085060842-3

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

RECONOCIMIENTO DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.607)

A.3 TIPO LICENCIA

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE,Nº.DEPTO.COMUNA waller martinez 1244; La Florida

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-65155994

S	I	G	U	E	N	Z	A			P	A	C	H	E	C	O		M	A	R	I	A	B	E	L	E	N		2	6	6	3	9	7	0	2	K
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO								NOMBRES								RUN											

Documento firmado electrónicamente

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles e contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.