

Le COMPTON, la Salsomaggiore, la Università di Bologna, la Medica e la ISRAELE, nel più sano, profondo interesse e spirito di fraternità e solidarietà umana e cristiana al servizio dell'umanità, collaborano e cooperano in totale e assoluta autonomia, per 10 anni, 1993-2003.

TRANSACCION INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres (3) días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A- USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SAETE										MALEA										VERÓNICA									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
130325										130325																			
FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO										DIA MES AÑO									
07										SIETE																			
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN EL ABRAC																			

14202114-5 RUN
160781 43 FECHA DE NACIMIENTO EDAD
MGT SEXO
F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Q. 199 y 200 del C. Del Trabajo y Leyes de abastecimiento, Ley 18962.

GAETE	HENRIQUEZ	JULIAN
APELLIDO MATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

12 09 24
FECHA DE NACIMIENTO
29 53 50 3 - 8

A.3. TIPO DE LICENCIA

4

1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN

2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA

3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL

4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO

5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

6- ENFERMEDAD PROFESIONAL

7- PROTOLOGIA DEL EMBARAZO

RÉCUPERABILIDAD LABORAL ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DÍA
MES
AÑO

☐ HORA ☐ MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI ☐ 2 = NO ☐

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ ☐ 1 = SI ☐ 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES
AÑO

A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1- REPOSO LABORAL TOTAL
2- REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLICITA
REPOSO PARCIAL

A- MATRANA
B- TARDE
C- NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1- SU DOMICILIO 2- HOSPITAL 3- OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO CASO

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

N°

OPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19-628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

VELAZ		CAMPOS		FERNANDO	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
9780426		5			
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ENRIQUE MOLINA
CALLE
RANCHO
COMUNA

PEDIATRICS

15-2500-101-1000

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MISTRO

Velizca@gmail.com

CORRAD ELECTRONICS

FIRMA DEL PROFESIONISTA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
--

Art. 1.º - El candidato deberá presentar la siguiente prueba:

[illegible]

LA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES