

ANEXO N° 6
AVISO DEL PADRE A SU EMPLEADOR
TRASPASO DE SEMANAS DEL PERMISO POSTNATAL PARENTAL
POR PARTE DE LA MADRE TRABAJADORA INDEPENDIENTE

1.-DATOS DEL PADRE:

Nombre:
Rut:
Nombre Empleador:
Permiso Postnatal Parental: Completo: _____ Parcial: _____
Número de semanas a traspasar (*):____ Desde: _____ Hasta: _____

2.-DATOS DE LA MADRE:

Nombre:
Rut:
Entidad pagadora de subsidio:
Número de folio de licencia postnatal:

IMPORTANTE:

El padre deberá dar aviso a su empleador mediante este formulario, con diez días de anticipación a la fecha en que hará uso del permiso, con copia a la Inspección del Trabajo que corresponda, de acuerdo al lugar en que cumple labores.

(*) Las semanas posibles de traspasar deben ser posteriores a la 6° del permiso postnatal parental y ubicarse en el lapso final del permiso.

Se deberá adjuntar al Aviso fotocopia de la Cédula de identidad de la madre y del padre.

FIRMA DE LA TRABAJADORA

FIRMA DEL TRABAJADOR

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Nombre Empleador: _____
Rut: _____
Fecha recepción: _____
Permiso solicitado y autorizado: COMPLETO _____ PARCIAL _____
_____ FIRMA Y TIMBRE

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.