

**RECURSO DE REPOSICION**  
**RECHAZO O MODIFICACION DE LICENCIAS MÉDICAS**

**1.- IDENTIFICACION DEL AFILIADO**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RUT	E-MAIL	TELEFONO
<input type="text"/>		<input type="text"/>
DOMICILIO PARTICULAR		COMUNA
<input type="text"/>		<input type="text"/>
INDIVIDUALIZACION DEL EMPLEADOR		TELEFONO

**2.- DETALLE DE LICENCIAS:**
**MARQUE CON X**

N ° LIC MED	N ° DIAS	DESDE / HASTA	RECHAZO / REDUCCION	FUNDAMENTO RECH / REDUC.
_____	_____	_____/_____/_____	_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____/_____	_____

**3.- FUNDAMENTOS DE LA RECONSIDERACION:**


---



---



---



---



---



---



---



---

EL INTERESADO(A) APORTA LA SIGUIENTE INFORMACION:

 INFORME MÉDICO       EXÁMENES       RADIOGRAFIAS

 OTROS ANTECEDENTES (ESPECIFICAR):

---



---



---

DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE FUNDAMENTAN EL PRESENTE RECURSO SON FIDEDIGNOS, Y ASUMO MI RESPONSABILIDAD DE COMPROBARSE LA FALSEDAD DE LOS MISMOS

FECHA

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA AFILIADO