



SOLICITUD REVISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS

YO,..... RUT.....

Domicilio: Calle.....N°.....

Sector,..... Block..... Comuna.....

Fono particular.....Fono empresa.....

Trabajador de empresa..... R.U.T.....

Solicito revisar la licencia(s) medica(s) del periodo hasta el....., en lo que respecta a :

☐ **Cálculo del Subsidio**

☐ **Derecho al Subsidio**

(Marque según corresponda)

Esta petición se fundamenta en:.....
.....
.....

Para lo cual adjunto los siguientes antecedentes:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Firma:.....

Fecha:.....

Timbre Analista

Nota: En un lapso de 20 días hábiles, contados desde la fecha de recepción se le informará sobre el resultado de su solicitud, mediante carta certificada dirigida a su domicilio.