



_____, ____ de _____ de 20__

SEREMI DE SALUD REGIÓN _____
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

FORMULARIO DE RECURSO DE REPOSICION POR RECHAZO/REDUCCION DE LICENCIA MEDICA FONASA

(Sírvese llenar todos los datos solicitados. En caso que el trabajador(a) esté inhabilitado(a) para firmar deberá estampar su huella digital)

Sr(a). Presidente de COMPIN o Subcomisión:

El(la) trabajador(a) que suscribe, D. _____
RUN _____, por medio de esta Reposición, solicita la reconsideración de lo resuelto por la
Licencia(s) Médica(s) N°(s) _____, emitida(s) por _____ días, a contar del
____/____/____, a causa de la(s) siguiente(s) enfermedad(es) _____ fue:

<input type="checkbox"/>	Rechazada	Lo que le fue notificado el: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	Reducida a _____ días	

Para obtener la autorización de esta(s) licencia(s) argumento: _____

(Continúe al reverso o agrande el documento)

Acompaño la siguiente documentación: (Marcar con una "X" según corresponda)

<input type="checkbox"/>	Informe Médico	<input type="checkbox"/>	Resultados de exámenes de Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Radiografías o informe de ellas	<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes, (especificar) _____

(Declaro que todos los antecedentes que fundamentan el presente Recurso de Reposición son fidedignos y asumo mi responsabilidad de comprobarse la falsedad de los mismos).

Fono Contacto: _____
Dirección Particular: _____
Dirección del Empleador: _____
E-Mail de contacto: _____@_____

firma del trabajador(a)

USO EXCLUSIVO DE COMPIN O SUBCOMISIÓN

Vistos: Lo dispuesto en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, de 2003, Ley de Base de Procedimientos Administrativos de la Administración del Estado y en la Circular N° 2434, de 4 de Febrero de 2008, de la Superintendencia de Seguridad Social, y

Considerando: _____

Se resuelve:

<input type="checkbox"/>	ACOGER la Reposición, revocando la Resolución y AUTORIZANDO íntegramente la L. M. Individualizada
<input type="checkbox"/>	ACOGER PARCIALMENTE la Reposición, AUTORIZANDO la(s) L. M. Individualizada(s) por _____ días.
<input type="checkbox"/>	RECHAZAR la Reposición, confirmando la Resolución.
<input type="checkbox"/>	Otro , (especificar)
<input type="checkbox"/>	

Firma y Timbre de Presidente de COMPIN/Subcomisión o
Médico Contralor Responsable

La disconformidad con lo resuelto es apelable ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), (Calle Huérfanos N° 1376, Santiago).