

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

(Sírvasse llenar todos los datos solicitados)

Sr. Presidente Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

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

	Rechazada
	Reducida a _____ días

Para obtener la autorización de su licencia argumenta: _____

Esperando una respuesta favorable, saluda atentamente a Ud.

firma de el(la) trabajador(a)