



I-	Datos Generales	
	Fecha de Elaboración	Nº Oficio
	Unidad Laborante:	
II-	Datos Generales del Empleado	
	Nombre:	Nº de Empleado
III-	Tipo de Incapacidad	IHSS <input type="checkbox"/> Refrendo <input type="checkbox"/>
IV-	Presunción del Riesgo	
	Enfermedad Común Accidente Común Accidente de Trabajo Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Pre - Natal <input type="checkbox"/> Post - Natal
V-	Duración de la Incapacidad	
	Fecha Inicio <input type="text"/> Fecha Final <input type="text"/> Total Días <input type="text"/>	
VI-	Observaciones	

ABOGADO CARLOS DANIEL SÁNCHEZ LOZANO / SECRETARIO EJECUTIVO DE DESARROLLO DE PERSONAL / U.N.A.H.

Por medio de la presente y en base a lo establecido en la Circular # 35-2023, relacionado con las ARCLs y la ley del IHSS y su reglamento; muy respetuosamente le solicito; aceptar la incapacidad por el tiempos arriba descrito, esto conforme al cumplimiento de todos los requisitos previos y documentos que se adjuntan, donde se acreditan los detalles de la acción solicitada; para continuar con el trámite correspondiente.

Muy atentamente,

Firma Solicitante

V°B° Jefe o Coordinar de Unidad

**V°B° Decano / Director;
Autoridad Superior de Unidad o Centro Regional**

Firma y sello Unidad Regional de RRHH
Para Uso exclusivo de Centros regionales