

**DIRECCIÓN NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

**DEPARTAMENTO DE ACCIONES DE PERSONAL**  
**GUIA DE INGRESO DE REQUISITOS**  
**LICENCIA POR RIESGOS PROFESIONALES**

La entrega de este formulario es de estricto cumplimiento y deberá incluirse con la documentación descrita en el mismo, cumpliendo con las características que se mencionan en cada uno.

Cada funcionario descrito en cada columna a continuación deberá completar la revisión de los documentos marcando con un gancho las casillas correspondientes.

**OBSERVACIÓN:** EL SERVIDOR PÚBLICO, LUEGO DE FINALIZADA LA LICENCIA DEBE LLENAR EL REINGRESO (FORMULARIO MODELO D).

DOCUMENTOS	SERVIDOR PÚBLICO	DIRECTORES DE ESCUELA	FUNCIONARIO SEDE REGIONAL	FUNCIONARIO SEDE CENTRAL
1. Formulario de Acción de Personal (Formulario debe completarse con bolígrafo, completamente legible, sin borrar, sin sobrescribir y sin líquido corrector)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Copia de Cédula (Vigente) (La copia de la Cédula debe ser completamente legible. Se debe presentar la original para corroborar la veracidad de la copia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Copia de Carnet del Seguro Social (La Copia del Carnet del Seguro Social debe ser completamente legible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Último Talonario de Pago (La copia del Talonario debe ser completamente legible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Certificado de Riesgos Profesionales de la C.S.S. (Con sello de fiel copia de su original y firma de quien recibe en la regional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FIRMA DE CERTIFICACIÓN DE LA ENTREGA CORRECTA DE LA DOCUMENTACIÓN:**

1. **SERVIDOR PÚBLICO:** \_\_\_\_\_ (Nombre con letra imprenta y legible)

FECHA DE ENTREGA	FIRMA	CÉDULA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
_____	_____	_____	_____	_____

2. **DIRECTOR DE ESCUELA:** \_\_\_\_\_ (Nombre con letra imprenta y legible)

FECHA DE ENTREGA	FIRMA	CÉDULA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
_____	_____	_____	_____	_____

3. **FUNCIONARIO DE SEDE REGIONAL:** \_\_\_\_\_ (Nombre con letra imprenta y legible)

FECHA DE ENTREGA	FIRMA	CÉDULA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
_____	_____	_____	_____	_____

4. **FUNCIONARIO DE SEDE CENTRAL:** \_\_\_\_\_ (Nombre con letra imprenta y legible)

FECHA DE RECIBIDO	FIRMA	CÉDULA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
_____	_____	_____	_____	_____

**OBSERVACIÓN:** Puede solicitarla todo colaborador que sufra un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, según la Ley de la Caja del Seguro Social. Fundamento de Derecho: Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970.