 **FORMULARIO DE DENUNCIA Art.5 LEY 20.585**

 **(Debe completarse por cada profesional denunciado)**

 Fecha:

Otros antecedentes relevantes del prestador:

Teléfono:

RUN o RUT del Denunciante:

**DENUNCIA**

Detalle de la(s) Licencia(s) Médica(s) denunciadas:

*En caso que la denuncia contenga más de 10 licencias médicas debe adjuntar un archivo Excel, con este mismo detalle*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Folio LM** | **Fecha Emisión LM** | **Fecha de Inicio del Reposo**  | **RUN Trabajador(a)** | **Nombre Trabajador (a)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Cantidad de LM denunciadas:

Consignación de los hechos que justifican la denuncia:

 Detalle de los documentos adjuntos:

tros Antecedentes de Referencia (en caso de que se disponga de antecedentes adicionales):

 L

Lo

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITIÓ LA(s) LICENCIA(s) MÉDICA(s)**

Nombre Completo:

Domicilio (s):

En caso de disponer, complete la siguiente información

RUN:

Correo Electrónico:

Teléfonos:

**DENUNCIANTE**

Nombre (s) y Apellido (s):

Correo electrónico: