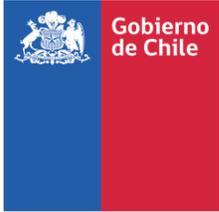


**Formulario para presentación de denuncia ante la Superintendencia de Seguridad Social,
respecto de un profesional habilitado para otorgar licencias médicas que emita licencias
con evidente ausencia de fundamento médico.**

FORMULARIO DE DENUNCIA



DENUNCIANTE

Nombre Completo:
RUN:
Domicilio (Calle, N°, Dpto., Comuna, Ciudad):
Número de Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITIÓ LA(S) LICENCIA(S) MÉDICA(S)

Nombre Completo:
Domicilio Particular:
Domicilio Laboral:

En caso que se disponga, complete la siguiente información
RUN:
Correo Electrónico:
Teléfonos:

DENUNCIA

Folio(s) de la(s) Licencia(s) Médica(s) involucrada(s):
Fecha de Emisión:
Consignación de los hechos que justifican la denuncia:

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

Denuncia de particular en contra de profesional por Emisión de Licencia Médica sin fundamento

Artículo 5° de la Ley N° 20.585

Firma del Denunciante: _____

Fecha: _____