ANEXO N°4
ESTRUCTURA DE RESOLUCIÓN DE DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN NACIONAL DE COMPIN O COMPIN

RESOLUCIÓN PERMISO SANNA

FOLIO:

DATOS DEL TRABAJADOR:
R.U.N.: **NOMBRE COMPLETO:**

DATOS DEL MENOR:
R.U.N.: **NOMBRE COMPLETO:**

ORGANISMO ADMINISTRADOR LEY 16.744:

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA:

CONTINGENCIA CUBIERTA:
N° DE DIAS: **DESDE:** **HASTA:**
TIPO DE REPOSO: **___ TOTAL** **___PARCIAL**
DICTAMEN: **___ APRUEBA** **___ MODIFICA** **___ RECHAZA**
CAUSAL DE MODIFICACIÓN O RECHAZO:

DATOS DEL PROFESIONAL EMISOR:
R.U.N.: **NOMBRE:**

CÓDIGO DIAGNÓSTICO: **GLOSA DIAGNÓSTICO:**
N° DÍAS PREVIOS: