

Fecha: _____

Empresa: _____

Para: _____

Cargo: _____

Asunto: Solicitud de incapacidad laboral

Estimado/a _____:

Por medio de la presente, me permito solicitar formalmente el reconocimiento de mi incapacidad laboral a partir del _____ debido a _____ (ej. tratamiento médico, recuperación por cirugía, enfermedad).

Mi médico tratante, _____, ha indicado la necesidad de reposo y recuperación durante _____ días, por lo que adjunto el certificado médico correspondiente.

Entiendo la importancia de mi rol en _____ y me comprometo a mantenerme informado/a sobre cualquier requerimiento adicional para la validación de mi solicitud.

Asimismo, quedo a su disposición para coordinar la entrega de cualquier documentación adicional que sea necesaria para la gestión de este trámite.

Agradezco de antemano su comprensión y apoyo en este proceso, y quedo atento/a a su confirmación respecto a los pasos a seguir para formalizar mi incapacidad.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: _____

Teléfono: _____