

Comunicación de incapacidad (Ref. Circular xx-ADM-2023)

Oficina que remite la comunicación: _____

Jefatura responsable (nombre del jefe) _____

Fecha de la comunicación: _____

Información de persona incapacitada o readaptación laboral

Nombre completo persona funcionaria	Cédula de identidad	Modalidad laboral	Oficina	Puesto

Datos de incapacidad o readaptación laboral

Motivo:

Periodo:

Área de Salud:

Nombre y código de persona profesional que otorgó incapacidad:

Descripción de posible irregularidad:¹

¹ Nota: De contar con elementos probatorios deberá aportarse en la remisión de este documento.