

GUÍA DE BAJA LABORAL

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Documento Identidad Oficial: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

DESCRIPCIÓN DE LA BAJA

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

- Enfermedad Común
- Accidente Laboral
- Accidente No Laboral
- Maternidad

Duración Probable de la Baja: _____ días _____ meses

Duración en tiempo:

Del: ____ del mes de _____ al ____ del mes de _____ del año _____

Fecha tentativa de Alta:

_____ del mes _____ del año _____

Adjunto a éste Documento incorporar Certificado Médico