

# 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.*