**MODELO AVISO AL EMPLEADOR**

**TRABAJADORA O TRABAJADOR QUE OPTA POR EXTENDER EL POST NATAL PARENTAL**

*Este aviso debe ir con copia a la Inspección del Trabajo a la casilla de correo* *upartesyarchivodt@dt.gob.cl*

|  |  |
| --- | --- |
| Con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_doy aviso a mi empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que haré uso de la extensión del permiso postnatal parental de la ley N° 21.510. |
| La entidad pagadora del subsidio del permiso postnatal parental es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a quien mi empleador debe notificar dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de este documento. |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA DEL TRABAJADOR(A) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA- TIMBRE - FECHA DE RECEPCIÓN DEL EMPLEADOR |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA – TIMBRE- FECHA RECEPCIÓN ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO  |