**MODELO AVISO AL EMPLEADOR**

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

**EN USO DE LICENCIA MÉDICA**

*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. |

Hago presente que me encuentro haciendo uso de licencia médica N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendida a partir del \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022, por \_\_\_\_ días, por lo que la extensión del permiso post natal parental se iniciará a partir del día siguiente del término de la licencia médica. |
|  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA DEL TRABAJADOR(A) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA- TIMBRE - FECHA DE RECEPCIÓN DEL EMPLEADOR |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA- TIMBRE - FECHA RECEPCION ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO  |