

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA POR LICENCIA DE SALUD

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

AREA DE GESTION PEDAGOGICA

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento

DNI: RUC: C.E.

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VIA: Avenida: Jirón: Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía:

N° de Inmueble: Block: Interior: Piso: Mz: Lote: Km: Sector:

Tipo de Zona :

Urbanización: <input checked="" type="checkbox"/>	Pueblo Joven: <input type="checkbox"/>	Unidad Vecinal: <input type="checkbox"/>	Conjunto Habltacional: <input type="checkbox"/>	Asentamiento Humano: <input type="checkbox"/>
Cooperativa: <input type="checkbox"/>	Residencial: <input type="checkbox"/>	Zona Industrial: <input type="checkbox"/>	Centro Poblado: <input type="checkbox"/>	Caserio: <input type="checkbox"/>
Asociación: <input type="checkbox"/>	Grupo: <input type="checkbox"/>	Fundo: <input type="checkbox"/>	Otros (especificar): <input type="text"/>	

Nombre de zona:

Referencia:

Departamento: Provincia: Distrito:

Teléfonos: Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

QUE HABIENDO INGRESADO POR EMERGENCIA AL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA A CAUSA DE UN COLICO EN HORAS DE LAS 2:30 AM EL 11 DE MARZO DEL 2020, POSTERIOR A ELLO EL 13 DE MARZO INGRESANDO A CIRUJIA PARA LA OPERACION DE OBSTRUCCION INTESTINAL Y HOSPITALIZADA PARA LA RECUPERACION, SIENDO DADA DE ALTA EL 20 DE MARZO DEL 2020, CABE MENCIONAR QUE DURANTE LOS DIAS ESTABLECIDOS HE PRESENTADO UNA SOLICITUD DE INASISTENCIA POR EL HECHO YA MENCIONADO, ASI MISMO CUMPLIENDO A LA FECHA LAS LABORES CON TODA NORMALIDAD. SOLICITO A SU DIGNO DESPACHO ACCEDA MI PEDIDO POR SER JUSTA.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

COPIA DE CERTIFICADO MEDIDO

By: EPBA
HUANCAVELICA, 06 DE ABRIL DEL 2020

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional XXIV Huancavelica

Certifica:

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N°

62015

Paciente Cayetano Monche Xiomar
Virre, edad 29 años, dni: 73955275,
cama con dx: Obstrucción intestinal,
brida y adherencias con tratamiento de pa-
rotomía por obstrucción y diéresis
de adherencias. Si en centro hospitalario
en emergencia desde 11/03/2020, se brinda
por el hospital 21/03/2020.
Se Emite Certificado Para justificar,
lo que corresponde.



Dr. José L. Navarro Romero
Cirujano General
C.M.P. 62015 DNI. 42733658

Fecha

20/03/20

Nº 0018610

