

CERTIFICADO MEDICO
Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: _____



Certifico que don(a) _____
padece de _____
enfermedad crónica que requiere de tratamiento permanente con los medicamentos que a
continuación se indican :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Nombre médico tratante : _____

Dirección consulta : _____

Teléfono : _____

FIRMA PROFESIONAL

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS