**BOLETA ENTREGA DE INCAPACIDAD**

En San Ramón , al ser las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas, del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad N°­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hago entrega formal de la boleta de incapacidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ extendida a nombre de ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , funcionario(a) de la Institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la clase de puesto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, perteneciente a la Dirección Regional de Educación de Occidente, emitida por:

( ) C.C.S.S. ( ) INS Rige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la incapacidad:

( ) Enfermedad ( ) Accidente laboral

( ) Licencia por Maternidad ( ) Cuido de paciente en fase terminal

( ) Otro especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entregado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre completo, firma y n° de cédula de quien entrega**

**Recibido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre completo, firma, cargo y cédula de quien recibe**

**Sello Institución**