

ANEXO 1 CASO ESPECIAL ENFERMEDAD GRAVE HIJO/A MENOR DE 2 AÑOS

CERTIFICADO

(Completa médico tratante).

Yo, _____

Médico con especialidad en Pediatría, certifico atender a la/el niña/o (nombre completo):

_____ cédula de
identidad: _____, fecha nacimiento: _____, quien
es _____ de

_____ de
nacional de identidad N° _____, con el objeto de dar
cumplimiento al beneficio establecido en el artículo 203 del Código del Trabajo, informo
que la/el niña/o padece de (diagnóstico confirmado o en estudio)

La cual le impide ser atendida/o en Sala Cuna/Jardín Infantil por un período de:

Por esta razón, la/el niña/niño debe ser cuidada/o en su domicilio.

Fecha atención médica: _____

Dirección lugar de atención:

Nombre, firma, timbre médico tratante:
