

EMPRESA				FECHA SOLICITUD			
DESARROLLA		LEY CONCILIACIÓN - SOLITUD DE TELETRABAJO					
EVOLUCIONA				FECHA RECEPCIÓN RRHH			
ELEMENTO							
C.SOCIAL				FECHA RESPUESTA RRHH			
NOMBRE TRABAJADOR				JEFATURA			
FECHA DE INGRESO				ÁREA			
CARGO				SUB ÁREA			
Item	CUMPLE	SITUACIÓN DEL TRABAJADOR PARA SOLICITAR BENEFICIO					
1		PADRE, MADRE, TUTOR O CON CUIDADO PERSONAL DE NIÑO IGUAL O MENOR DE 14 AÑOS					
2		PADRE, MADRE, TUTOR O CON CUIDADO PERSONAL DE NIÑO O ADELESCENTE IGUAL O MENOR DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD RECONOCIDA ANTE REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (RND)					
3		TENGO EL CUIDADO DE PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SEVERA O MODERADA					
Item	RECIBIDO	DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA					
1		CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIGENTE QUE ACREDITE FILIACIÓN					
2		RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE OTORGA EL CUIDADO PERSONAL DEL NIÑO O ADOLESCENTE CAUSANTE					
3		CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (RND) Ó					
4		DOCUMENTO EMITIDO POR MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL POR ART.5 LEY 20379					
5		OTROS ANTECEDENTES					
RESOLUCIÓN / OBSERVACIONES							
SE ACEPTA SOLICITUD						SE RECHAZA SOLICITUD	
Firma Solicitante				Firma RRHH			
TT - RRHH							