UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN HUMACAO
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

C E R T I F I C A C I Ó N

PARA CONCEDER LICENCIA PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES*

Nombre del Empleado con los dos apellidos

Nombre del Paciente

Relación con el empleado ○ padre ○ madre ○ hijo(a) ○ cónyuge ○ abuelo(a) ○ hermano(a) ○ nieto(a) ○ suegro(a)

Fecha del Tratamiento o Procedimiento

Tipo de Tratamiento o Procedimiento

Certifico que es correcta toda la información que ha sido suministrada para completar esta forma .

Firma del empleado(a)

PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA QUE PRESTA EL SERVICIO

Nombre del Funcionario Autorizado

Firma

Institución que provee el Tratamiento o Procedimiento

Fecha de la certificación

Dirección y Teléfono

*El empleado interesado en que se le aplique este beneficio deberá presentar certificación médica que requiera su presencia y asistencia médico-familiar continua. Este formulario completo en todas sus partes, junto a la certificación médica del paciente, deberán entregarse a la Oficina de Recursos Humanos para la concesión de este beneficio.