**ANEXO 4**

**SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL**

**Corresponde a procedimiento instruido en Circular Nº5 del Instituto de Seguridad Laboral**

**(\*) Antecedentes obligatorios según circular N°5 del 20.08.2015**

|  |
| --- |
| **A.- ANTECEDENTES TIPO I**  |
| **II)** [ ]   **RESOLUCIÓN COMPIN** [ ]   **RESOLUCION COMERE** |
| **% PCG: \_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE RESOLUCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Adjuntar Resolución COMPIN ó COMERE**  |
| **III) ANTECEDENTES EDUCACIONALES** |
| Acerca del máximo nivel de estudios realizado (marque con una “x” lo que corresponda) |
| Ninguno |  | Educación Básica |  | Educación Media |  | Educación Técnica |  | Universitaria(pre grado) |  | Universitaria (postgrado) |  |
| **Adjuntar Certificado que acredita el nivel educacional alcanzado por el trabajador**  |
| **IV) ANTECEDENTES LABORALES** |
| **¿Qué actividad laboral realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional?** |
| **Adjuntar documentos que dan cuenta de las labores que realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional** (Documentos válidos para acreditar este punto son: copia del último contrato de trabajo, acta de fiscalización de la inspección del trabajo, o en el caso de trabajadores independientes o socios de empresa que coticen se podrá adjuntar una declaración de las actividades realizadas antes del accidente o enfermedad, etc.)  |
| **Indique si está trabajando**  | **SI** |  | **NO** |  |
| **¿Qué labor desempeña actualmente?** |  |
| **V) AYUDAS TÉCNICAS** |
| **¿Utiliza alguna ayuda técnica con motivo de sus secuelas?** | SI |  | NO |  |
| Si usa ayuda clínica, marque la que corresponda(n) o especifique cual o cuales.* Silla de ruedas
* Prótesis
* Bastón
* Otra ayuda técnica. Indique cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  |
| **VI) ALTERNATIVAS DE CAPACITACIÓN DE INTERESÉS** Describir en esta parte del formulario el detalle de al menos **tres áreas o posibilidades de formación diferentes** a aquella en la cual ya no puede desempeñarse posterior a haber sufrido un accidente o enfermedad profesional. Identificar en orden de preferencia, **señalando el nivel educacional requerido para cada opción (curso, técnico o profesional)** 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **B.-INFORMACIÓN AL TRABAJADOR**  |
| Es posible que para la tramitación de esta solicitud se requieran más antecedentes **(ANTECEDENTES TIPO II).** Corresponde adocumentos que el Instituto de Seguridad Laboral gestiona internamente con un prestador médico.* Ficha clínica
* Evaluación del perfil laboral por Terapeuta Ocupacional y/o Psicólogo
 |

**CARTA CON MOTIVO DE LA SOLICITUD**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,solicito:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ANEXO 4**

|  |
| --- |
| **PARA EL SOLICITANTE**1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.
3. **La presente solicitud será gestionada con la Unidad a cargo de la tramitación del beneficio, una vez que sean aportados todos los documentos requeridos**.

**SUCURSAL**1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida según lo señalado en circular ISL N°5 del 20.08.2015.2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.3. Una vez firmado este formulario, con fecha de recepción debidamente consignada, enviar a Prestaciones médicas de su región, adjuntando los antecedentes tipo I, para revisión de la documentación y posterior despacho a Prestaciones médicas de nivel central. |

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I/RUT: