

ANEXO Nº 5
RÉGIMEN TRANSITORIO
MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR
PERMISO POSTNATAL PARENTAL COMPLETO

(Si la trabajadora se encuentra haciendo uso de licencia por descanso postnatal y desea tomar el permiso completo, requiere dar aviso al empleador).

SR.

Hospital Clínico Felix Bulnes

(Nombre del empleador)

Av. Mapocho #7432, Cerro Navia.

(Domicilio)

PRESENTE

Yo _____
Run Nº _____, comunico a Ud. que haré uso del permiso postnatal parental completo, desde el _____.

FIRMA TRABAJADORA

NORMATIVA :

El 17 de octubre de 2011 fue publicada en el Diario Oficial la Ley 20.545, conocida como la nueva Ley de Permiso Postnatal Parental. La Superintendencia de Seguridad Social, velando por su correcta aplicación en los aspectos jurídicos y operativos, y en atención a las atribuciones que le otorga su Ley Orgánica y el D.F.L. N°44, ha impartido instrucciones dirigidas a los organismos administradores del régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) a través de sus Circulares.

El presente aviso debe ser enviado al empleador con a lo menos 5 días de anticipación a la fecha en que se hará uso del permiso postnatal parental completo. Con todo, dicho aviso deberá enviarse antes que el menor cumpla 24 semanas de edad.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre Empleador:	Hospital Clínico Felix Bulnes
Rut :	61.608.205-1
Fecha Recepción :	_____
FIRMA Y TIMBRE	

NOTA:

Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.