



GENDARMERÍA DE CHILE

# CARTA AVISO PERMISO POSTNATAL PARENTAL CEDIDO AL PADRE

## 1. DATOS DEL PADRE:

Nombre completo				
Rut				
Empleador				
Permiso postnatal parental	Completo		Parcial	
Jornada ( sólo para uso parcial)	Mañana		Tarde	
Nº semanas a traspasar (*)	Desde		Hasta	

(\*) Las semanas posibles de traspasar deben ser posteriores a la 6ª semana del permiso postnatal parental y ubicarse en el lapso final del permiso. **Se pueden ceder sólo semanas completas de 7 días.** A este formulario, debe adjuntar copia de la cédula de identidad de la madre y el padre.

## 2. DATOS DE LA MADRE:

Nombre completo	
Rut	
Nombre institución de salud de afiliación	
Empleador	
Fecha concepción	
Fecha inicio prenatal	
Fecha nacimiento hijo/a	
Fecha inicio postnatal	
Nº folio licencia postnatal	

\_\_\_\_\_  
FIRMA TRABAJADORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

**IMPORTANTE:** El padre deberá dar aviso a Gendarmería de Chile, mediante este formulario, con 10 días de anticipación a la fecha en que hará uso del permiso, con copia a la Inspección del Trabajo que corresponda, de acuerdo al lugar en que cumple funciones. Una copia de dicha comunicación deberá ser remitida, dentro del mismo plazo, al empleador de la trabajadora.

Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas  
Subdepartamento de Compensaciones  
Sección Gestión y Control de Licencias Médicas

**PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:**

Nombre Empleador : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

Fecha recepción : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autorizo permiso : COMPLETO \_\_\_\_\_ PARCIAL \_\_\_\_\_

Jornada : Mañana \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA y TIMBRE**

**NOTA:** Este mismo formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, en un **plazo máximo de 3 días desde la recepción de la presente solicitud**