

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

Solicitud de ampliación del descanso médico.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE

Director de la UGEL, Sr. Miguel Angel Cari Gonza

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno: Choque Apellido Materno: Mantilla Nombres: Julio Fernando

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI: 41021401 RUC: C.E.

IV.- DIRECCION:

TIPO DE VIA: Avenida Jirón: Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía: As. José Carlos Mariátegui Zona A

N° de Inmueble: Block: Interior: Piso: Mz: C Lote: 1 Km: Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización: Pueblo Joven: Unidad Vecinal: Conjunto Habitacional: Asentamiento Humano: X
Cooperativa: Residencial: Zona Industrial: Centro Poblado: Caserío:
Asociación: Grupo: Fundo: Otros (especificar):

Nombre de zona: RAMIRO PRIALE

Referencia:

Departamento: Arequipa Provincia: Arequipa Distrito: Cayma

Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico: juliochoque888@gmail.com
Teléfonos: 938514013 991247120

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de DECLARACIÓN JURADA

V.- FUNDAMENTACION DEL PEDIDO :

Que, habiendo recibido atención médica en el Hospital de Yanahuara, se me ha emitido un Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, en el cual se indica la necesidad de ampliar mi periodo de descanso médico.

Por lo expuesto, solicito a usted se sirva conceder la ampliación de descanso médico conforme a lo dispuesto en dicho certificado.

Quedo agradecido por la atención a la presente solicitud, por ser de justicia..

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

DNI, Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

Arequipa, 27 de abril del 2026

LUGAR Y FECHA

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL USUARIO