

Solicitud de Enrolamiento o Reenrolamiento de profesionales de la salud

Fecha : __/__/__

Yo....., (cargo)
del centro certifico que el profesional (doctor(a) / matró(a) /
odontólogo (a)) RUT..... Trabaja en
este establecimiento y emitirá licencias médicas electrónicas a través de su plataforma.

Cabe señalar que es responsabilidad del centro informar cuando este u otros profesionales dejen de
prestar servicios en el establecimiento, a fin de eliminar su usuario.

Firma