



FORMULARIO PARA CERTIFICADO DE TRABAJO
PARA IGSS

ID: _____ RENGLÓN: _____ FECHA: _____

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Municipio _____ Departamento _____
(Dirección registrada en el IGSS)

Número de afiliación: _____ DPI _____

Fecha de utilización del certificado: _____

ESPECIFICAR CON UNA "X" EL RIESGO POR EL CUAL SOLICITA EL CERTIFICADO:

Enfermedad Común

Maternidad

Accidente _____

Fecha del Accidente

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE BENEFICIARIO PARA QUIEN SOLICITA CERTIFICADO:

INSCRIPCIÓN

Solicitar Formulario DRPT-59

ATENCIÓN

..... Esposa

.... Hijo (a)

.... Afiliado

Nombre completo del beneficiario: _____
(Esposa o Hijo (a))

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Teléfono del solicitante: _____

USO EXCLUSIVO ÁREA IGSS
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

OPERADO: _____