**ANEXO 4**

**SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL**

**Corresponde a procedimiento instruido en Circular Nº5 del Instituto de Seguridad Laboral**

**(\*) Antecedentes obligatorios según circular N°5 del 20.08.2015**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.- ANTECEDENTES TIPO I** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II)**   **RESOLUCIÓN COMPIN**   **RESOLUCION COMERE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **% PCG: \_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE RESOLUCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adjuntar Resolución COMPIN ó COMERE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III) ANTECEDENTES EDUCACIONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acerca del máximo nivel de estudios realizado (marque con una “x” lo que corresponda) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ninguno |  | Educación Básica |  | Educación Media | |  | | Educación Técnica | |  | Universitaria  (pre grado) | |  | | Universitaria (postgrado) | | | | |  |
| **Adjuntar Certificado que acredita el nivel educacional alcanzado por el trabajador** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV) ANTECEDENTES LABORALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Qué actividad laboral realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adjuntar documentos que dan cuenta de las labores que realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional** (Documentos válidos para acreditar este punto son: copia del último contrato de trabajo, acta de fiscalización de la inspección del trabajo, o en el caso de trabajadores independientes o socios de empresa que coticen se podrá adjuntar una declaración de las actividades realizadas antes del accidente o enfermedad, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indique si está trabajando** | | | | | | | **SI** | |  | | | **NO** | |  | | | | | | |
| **¿Qué labor desempeña actualmente?** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V) AYUDAS TÉCNICAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Utiliza alguna ayuda técnica con motivo de sus secuelas?** | | | | | | | | | | | | | | | | SI |  | NO |  | |
| Si usa ayuda clínica, marque la que corresponda(n) o especifique cual o cuales.   * Silla de ruedas * Prótesis * Bastón * Otra ayuda técnica. Indique cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI) ALTERNATIVAS DE CAPACITACIÓN DE INTERESÉS**  Describir en esta parte del formulario el detalle de al menos **tres áreas o posibilidades de formación diferentes** a aquella en la cual ya no puede desempeñarse posterior a haber sufrido un accidente o enfermedad profesional. Identificar en orden de preferencia, **señalando el nivel educacional requerido para cada opción (curso, técnico o profesional)**  1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel educacional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **B.-INFORMACIÓN AL TRABAJADOR** |
| Es posible que para la tramitación de esta solicitud se requieran más antecedentes **(ANTECEDENTES TIPO II).**  Corresponde adocumentos que el Instituto de Seguridad Laboral gestiona internamente con un prestador médico.   * Ficha clínica * Evaluación del perfil laboral por Terapeuta Ocupacional y/o Psicólogo |

**CARTA CON MOTIVO DE LA SOLICITUD**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,solicito:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ANEXO 4**

|  |
| --- |
| **PARA EL SOLICITANTE**   1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos. 2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso. 3. **La presente solicitud será gestionada con la Unidad a cargo de la tramitación del beneficio, una vez que sean aportados todos los documentos requeridos**.   **SUCURSAL**  1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida según lo señalado en circular ISL N°5 del 20.08.2015.  2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.  3. Una vez firmado este formulario, con fecha de recepción debidamente consignada, enviar a Prestaciones médicas de su región, adjuntando los antecedentes tipo I, para revisión de la documentación y posterior despacho a Prestaciones médicas de nivel central. |

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I/RUT: