



FORMULARIO OIRS

N° REGISTRO:		
Día	Mes	Año
Nº y fecha los completa ISL		

Fecha presentación	dd	mm	aa	Lugar de presentación Centro Atención ISL	
1. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (puede ser cualquier persona que nos hace ver la situación en nombre del beneficiario)					
R.U.T (*)	Apellido Paterno (*)	Apellido Materno (*)	Nombres (*)		
Domicilio (Calle N° y depto.) (*)				Comuna (*)	Región
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Correo electrónico		
2. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (puede ser igual o diferente al solicitante, puede ser empleador o trabajador(a) activo o pensionado)					
R.U.T (*)	Apellido Paterno (*)	Apellido Materno (*)	Nombres (*)		
3. TIPO DE PRESENTACIÓN (Marque con una X)					
<input type="checkbox"/> Solicitud de información		<input type="checkbox"/> Felicitación		<input type="checkbox"/> Reclamo	<input type="checkbox"/> Sugerencia
<input type="checkbox"/> Solicitud de Asesoría en Prevención de Riesgos		<input type="checkbox"/> Solicitud de Investigación de Accidentes del Trabajo		<input type="checkbox"/> Solicitud de Ingreso a Programa de Acceso al Cumplimiento	<input type="checkbox"/> Otros
4. DESCRIPCIÓN DE LA PRESENTACIÓN (*)					
Medio de respuesta (Marque con una X)					
<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Retiro en sucursal		<input type="checkbox"/> Dirección postal	

**Firma y timbre de recepción
Funcionario(a) ISL**