



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
CAYEY
Unidad Institucional
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

F-11-3.2-1

FORMULARIO LICENCIA PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____

Seguro Social: XXX – XX– _____

Título de Puesto: _____

Decanato: _____

Departamento /u Oficina: _____

Núcleo Familiar:

☐ Padres ☐ Hijos ☐ Cónyuge del empleado

Familia Inmediata:

☐ Abuelos ☐ Hermanos ☐ Nietos ☐ Suegros

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Certificación de Comparecencia

El trabajador de referencia compareció a cita hoy ____ de _____ de _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO ATENDIÓ
O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

HORA (DESDE-HASTA)

FIRMA DEL MÉDICO

NOTA: Este formulario se utilizará para notificar al patrono sobre la comparecencia a la cita médica del acompañante.

Formulario para uso exclusivo de empleados de la Universidad de Puerto Rico en Cayey. Artículo 46 del Convenio Colectivo de HEEND 2021-2024: La Administración Universitaria proveerá tiempo razonable que no excederá de diecinueve (19) horas mensuales, no acumulables, a un miembro de la Hermandad para asistir a los tratamientos especiales que requiera cualquier miembro de su núcleo familiar o familia inmediata. Se dispone que tratamiento especial se refiere a una condición incapacitante, de enfermedad prolongada o terminal, médicamente certificada, que requiera la presencia y asistencia médico-familiar continua.

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/I

SYP/WD-18