**MODELO AVISO**

**TRABAJADORA O TRABAJADOR QUE OPTA POR REINCORPORARSE A SUS FUNCIONES**

*Este aviso debe ir con copia con copia a la Inspección del Trabajo a la casilla de correo* [*upartesyarchivodt@dt.gob.cl*](mailto:upartesyarchivodt@dt.gob.cl)

| Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy aviso a mi empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que me reincorporaré a mis funciones una vez concluido mi permiso post natal parental, vale decir, el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| La entidad pagadora del subsidio del permiso postnatal parental es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a quien mi empleador debe notificar dentro del plazo de tres días hábiles siguientes a la fecha de este documento, mi decisión de reincorporarme a mis funciones. | |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |
| FIRMA DEL TRABAJADOR(A) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA- TIMBRE - FECHA DE RECEPCIÓN DEL EMPLEADOR |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| FIRMA- TIMBRE - FECHA RECEPCION ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO | |