

## ANEXO N°1

### FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADOR DEPENDIENTE

FECHA		
DD	MM	AAAA

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), Rut \_\_\_\_\_, trabajador de la empresa \_\_\_\_\_, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

Firma trabajador	Firma funcionario admisión