



Escuela de Artes Plásticas de Puerto Rico
P.O Box 9021112
San Juan, Puerto Rico 00902-1112
Oficina de Recursos Humanos Y Relaciones Laborales

Anejo III

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Puesto: _____

Decanato u oficina: _____ Área de trabajo: _____

Tel: _____

Condición de Salud del Empleado(a):

Trabajo o funciones que el empleado(a) no puede realizar de acuerdo a su condición de salud:

Si el empleado necesita algún equipo asistido, por favor incluya especificaciones:

Otra información que permita hacer la(s) decisión(es) sobre el acomodo más adecuado(s):

Tipo de condición: () Permanente () Temporera

Si es temporera, estime el tiempo: _____

Recomendaciones:

(Nota de ser necesario utilice hojas adicionales)

Nombre del Médico: _____ Firma: _____

Número de Licencia: _____ Especialidad: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha: _____