



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN ANTE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

FECHA DE SOLICITUD

1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE:

NOMBRE DE ENTIDAD: _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD: _____

TELÉFONO _____

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS ANEXOS: _____

2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA A CALIFICAR:

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO: CC ____ TI ____ CE ____ NÚMERO _____

EXPEDIDO EN: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: ____ AÑOS GÉNERO: M ____ F ____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

TELÉFONOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad _____

TELÉFONO: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA _____

CARGO ACTUAL _____

4. MOTIVO DE REMISIÓN:

- CALIFICACIÓN DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
- CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ
- CALIFICACIÓN DEL ORIGEN
- REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN
- OTRO Especifique _____

5. RESPONSABLE DE LA REMISIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS _____

CARGO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FIRMA