

En _____ (lugar de entrega), al ser las _____ horas del día _____
(fecha), yo, _____ (nombre
completo), cédula de identidad N° _____, hago entrega formal de la boleta de
incapacidad No. _____ extendida a nombre de _____,
funcionario(a) de la Institución _____, en la clase de
puesto _____, perteneciente a la Dirección
Regional de Educación de _____, emitida
por:

C.C.S.S. INS

Rige: _____ Vence _____

por motivo de:

Enfermedad

Riesgo de Trabajo

Licencia por Maternidad

Cuido de paciente en fase terminal

Otro especifique: _____

Entregado por: _____

Nombre completo, firma y n° de cédula de quien entrega

Recibido por: _____

Nombre completo, firma y cédula de quien recibe

Sello Institución