

**EN LO PRINCIPAL:**

Presenta Reclamo.

**SEÑOR PRESIDENTE COMPIN SERVICIO DE SALUD [Nombre del servicio de salud correspondiente]**

**PRESENTE**

[Nombre completo], [Cédula de identidad], domiciliado/a en [dirección completa], [comuna], Cotizante de Fonasa, a Ud. con respeto digo: Vengo a presentar apelación contra rechazo de mi licencia médica N.º [Número de licencia rechazada] emitida por [Cantidad de días de la licencia], por razones de salud debidamente certificadas por mi médico tratante. La causal de rechazo invocada por esta Compin para no autorizar el pago de mi licencia es [Indicar la causal de rechazo específica], Ante lo cual debo decir lo siguiente.

**PRIMERO:**

La licencia médica hoy cuestionada vienen siendo extendidas por [Indicar enfermedad] diagnosticado en [Fecha que fue diagnosticada], y por el cual se encuentra en riguroso tratamiento. Adjunto a la presente los certificados y resultados de los exámenes médicos que avalan la necesidad de dicha licencia.

**SEGUNDO:**

[Indicar el segundo motivo por el cual se solicita la licencia médica]. Este hecho fue certificado por mi médico tratante [nombre del médico], quien también avala la necesidad de la licencia médica.

**TERCERO:**

Mi médico tratante ha certificado mi incapacidad para trabajar y ha recomendado la emisión de una licencia médica como parte del tratamiento necesario para mi pronta recuperación.

Por tanto, en virtud de lo expuesto anteriormente y dispuesto en la ley y reglamento de licencias médicas, solicito respetuosamente la revisión y aprobación de mi licencia médica, con el pago correspondiente de los días que fueron rechazados, para poder contar con el tiempo necesario para recuperarme y volver a mi trabajo con normalidad.

Atentamente,

[Nombre completo]