



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, cargo y cédula de quien recibe

Sello Institución

Alajuela, 250 metros Noroeste del Hospital San Rafael de Alajuela

Tel.: (506) 2443 30 95 • Ext.: 201

Correo electrónico: DRE.Alajuela@mep.go.cr