

FORMULARIO MODELO  
SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

NOMBRE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

CONDICIÓN:

OCUPACIONAL (FSE)

TEMPORERA

NO OCUPACIONAL

PERMANENTE

DESCRIBA LA CONDICIÓN QUE LE IMPIDE REALIZAR A CAPACIDAD LAS  
FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO QUE OCUPA:

---

---

---

---

DETALLE CUÁL O CUÁLES SON LAS FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO QUE NO  
PUEDE REALIZAR SIN EL ACOMODO RAZONABLE:

---

---

---

¿HA SOLICITADO ANTERIORMENTE ACOMODO RAZONABLE? DE CONTESTAR EN  
LA AFIRMATIVA INDIQUE FECHA:

SÍ      FECHA: \_\_\_\_\_       NO

¿POR LA MISMA CONDICIÓN?  SÍ  NO

---

FIRMA

---

FECHA

FORMULARIO MODELO  
CERTIFICACION MÉDICA

NOMBRE \_\_\_\_\_ UNIDAD \_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

I. CONDICIÓN DE SALUD DEL EMPLEADO. EXPLIQUE EN PALABRAS SENCILLAS:

(DE SER NECESARIO UTILICE HOJAS ADICIONALES)

---

---

---

II: TRABAJO O FUNCIONES QUE EL PACIENTE (EMPLEADO) NO PUEDE REALIZAR DE ACUERDO A SU CONDICIÓN DE SALUD SIN EL ACOMODO RAZONABLE:

---

---

---

III. RECOMENDACIONES:

---

---

IV: CERTIFICACIÓN MÉDICA:

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ LIC.# : \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA