

Código: F02-P01 Versión:01 Fecha vigencia: 9/06/2022	FORMATO DE TRATAMIENTO DE APELACIÓN	
---	--	---

Señor usuario diligencie este espacio del formato si usted solicita se reconsidere un concepto o decisión de certificación

Nombre		CE. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> o CC <input type="checkbox"/> N°:
--------	--	--

Apela la decisión final	Decisión final de certificación.		
Apela un concepto con respecto a:	Capacidad psicología y de coordinación motriz	Capacidad Auditiva	
	Capacidad visual	Capacidad Física General	

MOTIVACIÓN DE LA APELACIÓN (Indique el por qué usted solicita se revise la decisión tomada)

APORTA DOCUMENTACION O EVIDENCIA (Recuerde que la documentación que usted aporta es muy importante para el estudio de su solicitud)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuál?:	

Acepto, que en caso de ser requerido, nombre del crc. entregue la información obtenida del proceso de certificación del cual participe, a un grupo de profesionales para que sea estudiada la presente solicitud de apelación	Firma
---	--------------

Espacio para uso exclusivo del CRC.

IDENTIFICACIÓN DE LA APELACIÓN					
N° de consecutivo		Quién recibe la apelación:		Fecha de recepción	AAAA/MM/DD

CONCLUSIÓN DE LA APELACIÓN EN PRIMERA INSTANCIA					
Resultado de la apelación	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	Fecha de comunicación al usuario del resultado	AAAA/MM/DD	Solicitud Cerrada (Se cierra si el usuario no responde en 5 días hábiles)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Observaciones:					

CONCLUSIÓN DE LA APELACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA			
Resultado de la apelación	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	Fecha de comunicación al usuario del resultado	AAAA/MM/DD
Observaciones:			

Nombre del profesional de la salud	N° de Identificación	Profesión