

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

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	<b>Decisión final de certificación.</b>		
Apela un concepto con respecto a:	<b>Capacidad psicología y de coordinación motriz</b>	<b>Capacidad Auditiva</b>	
	<b>Capacidad visual</b>	<b>Capacidad Física General</b>	

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

<b>APORTA DOCUMENTACION O EVIDENCIA</b> (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	<b>Firma</b>
---	--------------

**Espacio para uso exclusivo del CRC.**

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

<b>CONCLUSIÓN DE LA APELACIÓN EN PRIMERA INSTANCIA</b>					
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:					

<b>CONCLUSIÓN DE LA APELACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA</b>			
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