

Ministerio de Salud

 Servicio Salud Iquique. Hospital Dr. E. Torres G. HOSPITAL ERNESTO TORRES GALDAMES

 SUBDIRECCION RECURSOS HUMANOS

 SGM/JVD/FPN/fpn

**Declaración Informativa LEY 21.545 Formato 1**

Junto con saludar, atendida la publicación de la Ley 21.545 de fecha 10 de marzo del 2023 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación, pongo en conocimiento que mi hijo de nombre

 , cuenta con el siguiente diagnostico

 , lo anterior se informa en caso de tener que acudir en su auxilio en base a lo establecido en el artículo 66 quinquies.

Adjunto la documentación solicitada:

* Certificado de nacimiento
* Certificado de diagnostico
* Certificado legalizado de cuidado personal del NNA (en caso de ser necesario)
* Certificado de alumno regular

Nombre de funcionario/a:

RUT :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad a la que pertenece:

Sistema de turno:

Teléfono de contacto:

Fecha:

Correo Electrónico:

Firma:

**RESPALDO DE CITACION A ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL LEY 21.545**

**Formato 2**

El presente documento acredita que el/la apoderado/a

 , Rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fue citado/a a este establecimiento educacional para atender emergencia de su hijo/a según lo que estipula la Ley 21.545. Lo anterior para ser presentado a su empleador.

Nombre de representante del establecimiento educacional:

Firma de representante del establecimiento educacional:

Timbre del establecimiento educacional:

Hora de inicio de emergencia:

Hora de termino de emergencia:

Fecha:

\*Este documento debe ser entregado en la Unidad de Calidad de Vida del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames dentro de los 7 días hábiles siguientes a la citación