

**ANEXO N°10**  
**INFORMA RECHAZO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA A FACILITAR**  
**INFORMACIÓN**



Fecha: \_\_\_\_\_

**PROCESO DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES DENUNCIADAS COMO PROFESIONALES,**  
**CONFORME A LA LEY N° 16.744**

**DE: ORGANISMO ADMINISTRADOR** \_\_\_\_\_

**A: DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DT); Y**  
**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD (SEREMI)** \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo dispuesto en el número 6, Capítulo IV, Título III del Libro III del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, cumpla con informar a usted que la entidad empleadora singularizada se ha negado a facilitar información y/o impedido el ingreso a sus dependencias de este organismo administrador, actividad que tiene por objeto evaluar las condiciones de trabajo, del trabajador individualizado, quien se encuentra en proceso de calificación del origen de una enfermedad presuntamente laboral.

**I. Datos del Trabajador**

1. Nombre:			
2. Rut:			
3. Edad:		4. Sexo (F/M):	
5 Dirección:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>	
6. Correo electrónico:			
7. N° de celular:			
8. N° teléfono fijo			

**II. Identificación del Empleador**

9. Nombre o Razón Social:			
10. Rut entidad empleadora:			
11. Representante Legal			
12. Dirección Casa Matriz:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>		<i>Correo electrónico:</i>
13. Teléfono Casa Matriz:	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	
14. Dirección de la Sucursal u Oficina	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>		<i>Correo electrónico:</i>
15. Teléfono Sucursal u Oficina	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	