_____ de _____ del 202____
DEPARTAMENTO DIA MES AÑO

Licda. Karen Lissette Flores de Estrada
Directora General de Previsión Social Ad-Honorem
Ministerio de Trabajo y Previsión Social

Yo, _____, mayor de edad, _____, con
(NOMBRE SEGÚN DUI DEL PROPIETARIO) (PROFESION)

Documento Único de Identificación número _____,
(NUMERO EN LETRAS)

actuando en mi calidad de propietario del lugar de trabajo denominado _____,

a usted con todo respeto EXPONGO:

Que de Conformidad al Artículo 12 de la Ley General de Prevención de Riesgos en Los Lugares de Trabajo solicito **Medidas Sustitutivas a la obligación de contar con el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales** y para lo cual detallo la información relacionada al Lugar de Trabajo:

Giro Económico: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Número de Trabajadores: _____

Autorizo para recibir notificación al correo electrónico: _____.

Así mismo, autorizo a _____, con Documento

Único de Identidad Número _____, número telefónico de contacto _____

para que pueda retirar en físico documento de resolución de Medidas Sustitutivas a la obligación de contar con el Programa de Prevención de Riesgos Ocupacionales.

Firma y sello