

## Carta Documento Notificando Sanción Disciplinaria. Suspensión

Ciudad de \_\_\_\_\_, \_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Notifico a Ud sanción de suspensión por un (1) día en razón de su conducta registrada con motivo de sus inasistencias de los días \_\_, \_\_ y \_\_ del corriente mes, cuando dejó de asistir sin aviso ni justificación temporánea y luego de motivar la intimación fehaciente a reintegrarse cursada mediante la CD \_\_\_\_ fechada \_\_/\_\_/\_\_\_\_ recién adjuntó un certificado medico el día \_\_\_\_ cuando se reintegró temporalmente a sus tareas llegando a las \_\_\_\_ hs cuando ese día tenia que trabajar en turno \_\_\_\_ . A la misma hora ingresó el día \_\_ cuando su entrada era a las \_ hs.

Al respecto le recordamos que el art 209 LCT requiere que en el caso de enfermedad -salvo casos de fuerza mayor- debe dar aviso de la enfermedad y lugar en que se encuentra en el transcurso de la primera jornada de trabajo respecto de la cual estuviere imposibilitado de concurrir, para permitir el control médico del empleador (art 210 LCT). Ud no dió aviso oportuno y recién adjuntó un certificado medico -de texto ilegible- \_\_ días después de su primera inasistencia. Por lo tanto, aunque se le justifican provisionalmente sus inasistencias se considera ha incumplido con el proceder que la ley pone a su cargo aplicando suspensión que se cumplirá al día siguiente en que se reintegre a sus tareas.

En atención a que desde el día \_\_ ha vuelto a ausentarse en forma continuada hasta la fecha y que como toda justificación remitió por teléfono a su encargado un presunto e ilegible certificado médico le intimamos a que justifique mediante certificado medico legible y firmado en original por profesional médico las razones de sus inasistencias o de lo contrario se reintegre inmediatamente a sus tareas habituales, bajo apercibimiento de una sanción de mayor severidad . A tal fin le recordamos la jornada laboral asignada\_\_\_\_. El diagnostico que pudiera acreditar será receptado en forma provisional hasta tanto se corrobore medicamente para lo cual deberá ponerse a disposición para el control medico del empleador.

Queda Ud notificado/a.

Firma Empleador/a \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_