



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Negociado de la Policía de Puerto Rico



PPR-307.4
 Rev. 11/2024

NUM. COMUNICACIÓN: _____ **FECHA:** _____

MEMORANDO

A: _____
 NOMBRE DEL COORDINADOR DE LA UNIDAD DE RETENCIÓN Y ASIGNACIÓN

P/C: _____

DE: _____
 NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TRABAJO DEL MNPPR

ASUNTO: REPORTE DE ENFERMEDAD

Le comunico que el día _____ de _____ de _____ a las _____ am o pm, el o la _____
 Nombre del MNPPR que se reporta

dejó de prestar servicio al reportarse por enfermedad _____.

Este se comunicó mediante _____ llamada telefónica _____ SITA.

Presentó certificado de salud hasta _____.

Se le solicitó el certificado de salud el _____.