**Modelo de Carta de Licencia por Enfermedad**

[Nombre del remitente]  
  
[Dirección del remitente]  
  
[Ciudad, código postal]  
  
[Fecha]  
  
[Nombre del destinatario]  
  
[Dirección del destinatario]  
  
[Ciudad, código postal]  
  
Estimado/a [Nombre del destinatario],  
  
Espero que esta carta te encuentre bien. Me dirijo a ti para informarte que, debido a una situación de enfermedad, me veo en la necesidad de solicitar una licencia por enfermedad en [fecha de inicio] hasta [fecha de finalización]. Mi médico me ha recomendado descansar y recibir tratamiento adecuado durante este periodo.  
  
[Opcional: Explique brevemente las razones o la naturaleza de su enfermedad, si lo considera necesario].  
  
Entiendo que mi ausencia puede causar inconvenientes en el trabajo y me comprometo a asegurarme de que todas mis responsabilidades sean cubiertas mientras esté ausente. He dejado instrucciones detalladas sobre mis tareas y proyectos pendientes para facilitar una transición suave durante mi ausencia.  
  
Adjunto a esta carta mi certificado médico que respalda mi solicitud de licencia por enfermedad. [Opcional: También puedo proporcionar cualquier otro documento adicional que necesites, como una copia de mi receta médica o un informe médico detallado].  
  
Agradezco tu comprensión y apoyo durante este período difícil. Estoy comprometido/a a recuperarme completamente y a regresar al trabajo tan pronto como sea posible. Mantendré una comunicación abierta contigo para actualizar sobre mi condición y cualquier cambio en mi regreso al trabajo.  
  
Si hay alguna emergencia o asunto urgente durante mi ausencia, por favor no dudes en contactarme por correo electrónico o teléfono. Haré todo lo posible para responder lo más rápido posible.  
  
Agradezco de antemano tu atención a este asunto y te agradezco tu comprensión. Espero recibir tu aprobación para tomar esta licencia por enfermedad y poder regresar renovado/a y listo/a para continuar con mis responsabilidades laborales.  
  
Atentamente,  
  
[Nombre del remitente]  
  
Firma  
  
Adjunto:  
  
- Certificado médico.