



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut)

JUSTIFICANTE MÉDICO DE AUSENCIA LABORAL

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI / NIE \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

N.º de afiliación (opcional) \_\_\_\_\_

DATOS DE LA AUSENCIA

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de fin \_\_\_\_\_

Días de ausencia \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

DATOS DEL FACULTATIVO Y DEL CENTRO

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

N.º de colegiado \_\_\_\_\_

Centro sanitario \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a ha precisado asistencia sanitaria en este centro en la fecha indicada, lo que motivó la ausencia laboral que se detalla.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: \_\_\_\_\_

N.º de colegiado: \_\_\_\_\_

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)