



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Sanidad de Castilla y León (SACYL)

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)