



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

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)