

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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)