|  |  |
| --- | --- |
| CLM_Fondo_Azul_3,5cm | **Servicios periféricos de Educación, Cultura y Deportes**  I.E.S. Guadalerzas  Avenida de Europa 6, 45470 Los Yébenes (Toledo)  Tlf: 925-348269 Fax: 925-348164  e-mail: 45005689.ies@edu.jccm.es |

**Justificante de visita médica**

D/Dña.

con D.N.I. ha asistido el día

a la consulta médica del doctor (o servicio hospitalario):

Entre las horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En calidad de:

* Enfermo
* Acompañante del enfermo

Tras esta visita se recomienda al enfermo:

|  |  |
| --- | --- |
| * Que no asista a su trabajo | * por un periodo de 1 día |
| * por un periodo de 2 días |
| * por un periodo de 3 días |
| * Que asista normalmente a su trabajo |  |

Esta visita no ha podido concertarse en otro horario (que fuese compatible con las obligaciones laborales de quien solicita este justificante) por razón de:

* No existir otro horario disponible.
* Existiendo otro horario disponible, hay razones médicas que lo desaconsejan.
* Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_