

# 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:

<input type="checkbox"/> Que no asista a su trabajo	<input type="checkbox"/> por un periodo de 1 día
	<input type="checkbox"/> por un periodo de 2 días
	<input type="checkbox"/> por un periodo de _____ días
<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_