

NOTA MÉDICA — AUSENCIA LABORAL

Certificado para Presentar al Empleador

Yo, Dr./Dra.: _____ Matrícula: _____

Médico/a de: _____

HAGO CONSTAR A EFECTOS LABORALES:

Que el/la Sr./Sra.: _____ Edad: _____

Con documento de identidad N.º: _____ Sexo: _____

Empresa / Empleador: _____

Asistió a consulta médica el día: _____ a las _____ horas.

Ausencia laboral justificada: desde _____ hasta _____

Modalidad de reincorporación: ☐ Presencial ☐ Teletrabajo ☐ Jornada reducida ☐ A evaluar

DIAGNÓSTICO / MOTIVO (general, sin vulnerar privacidad del paciente):

INDICACIONES Y LIMITACIONES PARA EL TRABAJO:

Expedida en: _____ el día _____ de _____ de _____.

Fecha

____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____