

CERTIFICADO DE REINCORPORACIÓN LABORAL

Alta Médica · Return to Work Doctor's Note

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____ Espec.: _____
Centro: _____ Ciudad: _____

CERTIFICA EL ALTA Y APTITUD PARA REINCORPORARSE AL TRABAJO

Nombre del trabajador/a: _____

DNI / Documento N.º: _____ Empresa: _____

✓ ALTA MÉDICA CONCEDIDA — APTO/A PARA TRABAJAR

Fecha de alta: _____ Fecha de incorporación: _____

☒ Alta total sin restricciones ☐ Alta progresiva ☐ Con las condiciones siguientes:

CONDICIONES Y RESTRICCIONES PARA EL RETORNO:

DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA:

Emitido en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____