

INDICAR NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA MÉDICO/A COLEGIADO/A

INDICAR N.º DE COLEGIADO Y DIRECCIÓN DE LA CONSULTA

INDICAR CIUDAD, PROVINCIA Y CÓDIGO POSTAL

TEL. 000 000 000 - FAX 000 000 000

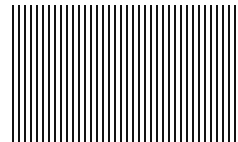
Justificante de consulta médica:

Se certifica que _____ ha sido atendido/a en
consulta médica el día _____ y podrá reincorporarse a su actividad laboral el
_____.

Observaciones del/de la facultativo/a:

Indicaciones / prescripción: _____

DR./DRA. _____



Código del documento