

**CENTRO DE SALUD COMUNITARIO**

**Calle de la Salud 10**

**28000 Madrid**

**Tel. 91 000 00 00**

**JUSTIFICANTE MÉDICO DE AUSENCIA LABORAL**

Fecha: \_\_\_\_\_

Se certifica que \_\_\_\_\_ ha acudido a consulta  
médica en este centro a las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_.

Se solicita justificar la ausencia laboral correspondiente al día:

\_\_\_\_\_.

Puede reincorporarse al trabajo el: \_\_\_\_\_.

Limitaciones o actividades que debe evitar hasta el: \_\_\_\_\_.

Puede retomar su actividad laboral sin limitaciones desde el:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la facultativo/a