JUSTIFICANTE DE VISITA MÉDICA

D./Dña. _____ con D.N.I. número _____ ha asistido el día _____ a la consulta médica del Doctor/a (o servicio hospitalario): _____

Entre las horas _____ y _____

En calidad de:

- ☐ Enfermo/a
- ☐ Acompañante del enfermo/a

Tras esta visita se recomienda al enfermo/a

☐ Que no asista a su trabajo	☐ Por un periodo de 1 día
	☐ Por un periodo de 2 días
	☐ Por un periodo de …….. días
☐ 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 20___