

Justificante de visita médica

D/Dña. _____

con D.N.I. _____ ha asistido el día _____

a la consulta médica del doctor (o servicio hospitalario):

Entre las horas _____ y _____

En calidad de:

- Enfermo
 Acompañante del enfermo

Tras esta visita se recomienda al enfermo:

<input type="checkbox"/> Que no asista a su trabajo	<input type="checkbox"/> por un periodo de 1 día
	<input type="checkbox"/> por un periodo de 2 días
	<input type="checkbox"/> por un periodo de 3 días
<input type="checkbox"/> 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 201_

Colegiado: _____

(nombre / firma)