

CERTIFICADO MÉDICO

Por enfermedad personal

En la localidad de....., Provincia de.....,

El día...../...../..... A las horas, se presentó a revisión médica.....

DNI:

Se encuentra con un cuadro de.....

CIE-10:..... aconsejando reposo de.....

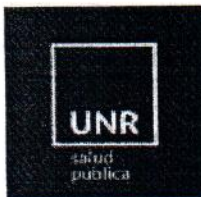
desde el día.....hasta el día.....

Cantidad de días:

[Faint handwritten text, likely bleed-through from the reverse side of the page]

Estampillas

Firma y sello del Médico



PROGRAMA
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO
de SALUD LABORAL