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:

.....

Estampillas

Firma y sello del Médico

UNR salud pública

PROGRAMA
INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO
de SALUD LABORAL