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