



JUSTIFICANTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Centro médico: _____

Dirección: _____

Doctor/a: _____

Ced. Prof: _____

Datos del paciente

Nombre: XXXXX

Fecha de nacimiento: XXXXX

DNI: XXXX

Sexo: XXXX

Por la presente se justifica que el ciudadano xxxxx con DNI xxxxx ha sido evaluado y diagnosticado con una afección que requiere reposo físico y tratamiento médico. Se ha determinado que el mismo no está en condiciones para realizar actividades laborales o académicas durante (número de días de reposo recomendados) días.

El paciente se encuentra bajo tratamiento médico y se espera una recuperación satisfactoria. Se recomienda una revisión médica para evaluar su capacidad para reanudar sus actividades regulares al final del período de reposo recomendado.

Agradecemos su comprensión en este asunto.

Atentamente,

(Firma y/o sello del centro)