

Comisión Médica Única

Área Clínica Escolar

Certificado de Inasistencia por enfermedad

Certifico que _____

DNI _____ Dom _____

Institución N° _____ Nombre _____

Se encuentra enfermo/a y que su afección se encuentra dentro de las siguientes características:

1 – Licencia por Maternidad

2 – ILT

3 – ILP

4 – Cuidado de familiar enfermo

Tiempo aproximado de reposo: _____ días.

Lugar y fecha: _____

Médico interviniente: _____

Comisión Médica Única

Área Clínica Escolar

Certificado de Inasistencia por enfermedad

Certifico que _____

DNI _____ Dom _____

Institución N° _____ Nombre _____

Se encuentra enfermo/a y que su afección se encuentra dentro de las siguientes características:

1 – Licencia por Maternidad

2 – ILT

3 – ILP

4 – Cuidado de familiar enfermo

Tiempo aproximado de reposo: _____ días.

Lugar y fecha: _____

Médico interviniente: _____