



CERTIFICADO MEDICO Control Patronal* / Consultorio

Nro. _____ Fecha:/...../..... Hora:

Empresa:

Empleado: D.N.I.:

Sector: Tipo de tarea:

Domicilio:

Localidad:

Enfermedad inculpable Familiar enfermo Control de reposo Accidente / Enfermedad Laboral

Informe:

.....

.....

.....

Se solicita / sugiere:

.....

Justificado No justificado

Presentarse a trabajar el día:/...../.....

Presentarse en el consultorio de planta el día:/...../.....

Presentarse en el consultorio de la empresa de medicina del trabajo el día:/...../.....

Observaciones:

.....

.....

Firma del empleado

Firma y sello del médico

Estampilla
Colegio de Médicos

Estampilla
Caja del Arte de Curar

Para que tenga valor legal recuerde estampillar su certificado médico.
Provincia de Santa Fe Leyes 4.931 y 12.818.

*LEY DE CONTRATO DE TRABAJO, Art. 210. - Control. El trabajador está obligado a someter al control que se efectúe por el facultativo designado por el empleador.