Centro médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Justificante de asistencia médica

Por la presente se hace constar que ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** con fecha de nacimiento ***\_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_*** y DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha acudido a este centro sanitario a las \_\_\_: \_\_\_ horas del día de la fecha indicada, lo que pone en su conocimiento como justificante de falta de asistencia.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

(Firma y/o sello del centro)