|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMUNICACIÓN DE AUSENCIA O RETRASO** | | | |
|  | | |  |
| **Datos personales:** | | |  |
| Nombre y apellidos | | Especialidad | |
|  | | |  |
| **Declara que durante los siguientes días:** | | **Se ha producido:** | **Durante las horas** (retraso)**:** |
| Fecha inicio | Fecha fin | Elija un elemento. | Ausente de -- a -- h |
|  | | |  |
| **Por el siguiente motivo:** | | **Especificar motivo “otros”:** | |
| Elija un elemento. | | Especificar | |
|  | | |  |
| **Declaración jurada:** | | | |
| Declaro que  No he tenido posibilidad de concertar la visita médica fuera del horario de trabajo por las razones que expongo a continuación.  Exposición de motivos  No ha sido posible el acompañamiento a la visita médica por otra persona por las razones que expongo a continuación.  Exposición de motivos | | | |
|  | | |  |
| **Declaración adicional:** | | | |
| Consideraciones adicionales | | | |

En Ciudad Real, a Fecha

Firmado: Nombre