|  |
| --- |
| **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