CERTIFICADO MEDICO

El médico que suscribe……

M.P. Nº ……especialista en ……

Certifica que ha examinado a……

De……años de edad. D.N.I. Nº ……Profesión……

Domiciliado/a en…… de

la ciudad de ……habiendo constatado lo siguiente:……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Síntesis diagnostica:……

Pronóstico:……

Tiempo de recuperación laboral estimada:……

Porcentaje de incapacidad laboral actual:……%

Tratamiento actual:……

Tratamiento aconsejado:……

Para se presentado a la Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Ingenieria de la provincia de Santa Fe 1º circunscripción.

…… ……

Lugar y Fecha Firma y sello