



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)