

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)