



DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D.^a _____, con D.N.I.
n.º _____ y categoría profesional de _____, en la
que presto servicios en la Gerencia del Área Sanitaria_____, en el Centro
/Servicio_____, por medio de la presente

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que durante la(s) jornada(s) del día(s) _____

no acudí **me ausenté**

de mi puesto de trabajo por las causas de

enfermedad **accidente**

que a continuación se detallan, sin que las mismas hayan dado lugar a situación de incapacidad temporal

(especificar brevemente la(s) causa(s) de la ausencia o incomparecencia en el puesto de trabajo)

Lo que se traslada al objeto de justificar mi ausencia durante dicha(s) jornada(s) y a los efectos retributivos que corresponda.

En _____, a _____ de _____ de 20_____
(firma)

Fdo.: _____

GERENCIA DEL ÁREA SANITARIA _____

