



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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** \_\_\_\_\_

