Universidad Zaragoza
1542

D./Dña. .....

Con nº de colegiado .....

CERTIFICA

Que el paciente D./Dña. ..... empleado público de la Universidad de Zaragoza, se encuentra en alguna de las situaciones previstas en la normativa vigente como supuestos excepcionales que permiten la percepción del complemento de incapacidad temporal hasta alcanzar el cien por cien de las retribuciones, según el catálogo que consta en la Resolución de 16 de octubre de 2012 del Rector de la Universidad de Zaragoza.

Y para que así conste, a efectos de obtener el correspondiente complemento durante su ausencia al trabajo por causa de esta situación, se expide el presente certificado.

En ……. a ……. de …… de 20….

Fecha comienzo de la IT/Fecha parte confirmación:…….

(Firma del facultativo)

unizar.es

Pedro Cerbuna, 12 / 50009 ZARAGOZA
Tel. 34 – 976 76 10 00/Fax 976 76 28 14