

RECIBO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

Declaro que foi entregue nesta data o atestado médico/odontológico do(a) Sr(a)_____, Matrícula _____, Cargo _____, Departamento_____ referente ao período de afastamento _____dia(s), assinado e acompanhado do atestado médico/odontológico a que se refere.

Local e Data

Assinatura – RG do Comissionado

Gerência de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - GESMT

E-mail: gesmt@hcfamema.sp.gov.br

Telefone: (14) 3434-2525 / (14) 3434-3887 - **Ramal:** 1591

RECIBO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

Declaro que foi entregue nesta data o atestado médico/odontológico do(a) Sr(a)_____, Matrícula _____, Cargo _____, Departamento_____ referente ao período de afastamento _____dia(s), assinado e acompanhado do atestado médico/odontológico a que se refere.

Local e Data

Assinatura – GESMT

Gerência de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - GESMT

E-mail: gesmt@hcfamema.sp.gov.br

Telefone: (14) 3434-2525 / (14) 3434-3887 - **Ramal:** 1591