

Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit

a rellenar por el empleado
a preencher pelo empregado
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Nombre Nome Name	Fecha de nacimiento Data de nascimento geb.
Dirección del lugar de origen Morada no país de origem Heimatadresse	ocupado en la empresa empregado na empresa beschäftigt im Unternehmen
Lugar de trabajo Lugar de trabalho Arbeitsstelle	

a rellenar por el médico
a preencher pelo médico
Vom Arzt auszufüllen

¿Se trata de un accidente del trabajo? ¿Cómo ocurrió el accidente?
Trata-se de um acidente de trabalho? Como ocorreu o acidente?
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No Não Nein	Si Sim Ja	
-------------------	-----------------	--

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE TRABAJO
CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Incapaz para el trabajo Incapacitado para o trabalho Arbeitsunfähig	No Não Nein	Si Sim Ja	desde de von		hasta a bis		necesita aún tratamiento necessita ainda de tratamento noch behandlungsbedürftig	No Não Nein	Si Sim Ja
---	-------------------	-----------------	--------------------	--	-------------------	--	--	-------------------	-----------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--