

Certificado médico sobre la incapacidad laboral de un/a empleado/a sobrevenida durante un período de vacaciones anuales

Yo, el/la abajo firmante, doctor/a en medicina, declaro haber interrogado hoy a:

- Apellidos y nombre del/de la paciente:
.....
- Número de identificación del registro nacional del/de la paciente (en el reverso del carné):

Por la presente, declaro lo siguiente:

Esta persona se encuentra en incapacidad laboral del ... / ... /20 ... hasta el ... /... /20 ... (inclusive)
a causa de enfermedad / accidente.

El presente certificado de incapacidad laboral hace referencia a:

- el comienzo de la incapacidad
- una prórroga de la incapacidad

Permiso para dejar la vivienda o el domicilio: SÍ / NO

Identificación del médico (con número RIZIV, si trabaja en Bélgica):

Firma:

Fecha: ... / ... / 20..

La presentación de este certificado médico por parte del / de la empleado/a significa que este/a hace valer su derecho a transferir las vacaciones no disfrutadas debido a una incapacidad laboral sobrevenida durante el periodo vacacional (de conformidad con el Real Decreto de 30 de marzo de 1967 por el que se definen las modalidades generales de aplicación de las leyes relativas a las vacaciones anuales de los empleados), pero sin que ello implique automáticamente una prórroga de dichas vacaciones. Salvo en caso de fuerza mayor, este certificado médico deberá entregarse al empleador en el plazo de 2 días desde el inicio (o prórroga) de la incapacidad laboral, a menos que el convenio colectivo o la normativa laboral establezcan un plazo distinto.