

D/Dña. \_\_\_\_\_  
Médico de Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de \_\_\_\_\_

---

## INFORMA

Que la situación de incapacidad temporal de D/Dña \_\_\_\_\_  
del periodo comprendido entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_  
deriva de uno de los supuestos contemplados en el Decreto 28/2013, de 19 de marzo, o  
su Anexo.

Lugar y fecha

Firma