



EMPRESA: Moeve **CENTRO DE TRABAJO:** E.S. _____

ASUNTO: ASISTENCIA AL MEDICO **FECHA:** _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

CATEGORIA PROFESIONAL: _____

Mediante el presente escrito solicito el disfrute de la licencia retribuida por asistencia a consulta médica, establecida en el artículo 26.f del convenio de aplicación.

“Por el tiempo indispensable y necesario para acudir a consulta médica siempre que se justifique debidamente.”

Que esta me sea concedida el día _____ de _____ de 20____ .

Firma Del Trabajador/a

Firma y Sello de la empresa