

Ansattes navn:

Staff's name:

Personale-nr:

Personnel number:

LÆGEERKLÆRING
MEDICAL CERTIFICATE

Undertegnede Dr:

I, the undersigned, Dr:

Attesterer hermed at:

Certify that:

(navn)

(name)

Ansæt i:

Employed in:

Er uarbejdsdygtig

Is unfit to work

fra

from

til

to

Underskrift:

Signature:

Dato:

Date

Stempel

Stamp