

**Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit**

a rellenar por el empleado a preencher pelo empregado von Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin 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 von Arzt bzw. Ärztin 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	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">No Não Nein</td> <td style="text-align: center;">Si Sim Ja</td> </tr> </table>	No Não Nein	Si Sim Ja	desde de von	<input type="text"/>	hasta a bis	<input type="text"/>	necesita aún tratamiento necessita ainda de tratamento noch behandlungsbedürftig	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">No Não Nein</td> <td style="text-align: center;">Si Sim Ja</td> </tr> </table>	No Não Nein	Si Sim Ja
No Não Nein	Si Sim Ja										
No Não Nein	Si Sim Ja										

--	--