**DECLARACIÓN RESPONSABLE de AUSENCIA POR ENFERMEDAD SIN BAJA**

D/Dª…………………………………………………………………………………………………………………………………..con DNI nº…………………………………...,adscrito/a en el Servicio o Unidad …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………… de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en nombre propio

**DECLARA**

Que en el día de hoy, fecha ……………………………………………………, no he acudido a mi puesto de trabajo por causa de enfermedad común, la cual no ha dado lugar a situación de incapacidad temporal, ni ha sido necesaria consulta médica, aunque sí que ha imposibilitado que realizara desplazamiento y asistiera a mi centro de trabajo.

Lo que comunico y declaro a los efectos oportunos.

Y para que conste firmo la presente en ……………………….

**Fdo. Interesado/a**

**Fdo.: VºBº Responsable.**