

12  
G. 458/94



1

No se ha visto como y como por una  
parte a quien ha puesto en  
el libro de nombramiento Excmo. Sr.

El que suscribe, de sesenta y un años de edad, de estado  
viudo, de profesión labrador, natural y vecino de este  
pueblo a V. E. con todo respeto y sumisión recurre ex-  
poniendo.

Que según certificación médica que acompaña padece  
de una enfermedad y que por tal motivo no se encuentra  
en condiciones para poder actuar como decano en la  
corporación municipal de la que forma parte y en vi-  
sta de ello

Por lo expuesto

V. E. Suplica que habida por recibida la presente instan-  
cia se digna sustituirle nombrando otro vecino que  
ocupe su puesto.

Gracia que espera merced de V. E. cuya vida  
guarde Dios muchos años

Escritura 16 de junio de 1942

C. Esteban Martín

Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia





DERECHOS AUTORIZADOS  
POR EL ESTADO  
8 PESETAS



# Certificado Médico Oficial

Colegio de Teruel

D. *José Moreira Casal* Licenciado  
en Medicina y Cirugía, con residencia en *Alfambra* inscripto  
con el número *122* en el Colegio Oficial de Médicos de esta Provincia.

CERTIFICO: Que *D. Celestino Martín Fuentes* de  
*52 años* vecino de *Escorihuela* padece  
*arteriosclerosis*

Y para que así conste donde convenga y a instancia de *Interesado*  
expido el presente *certificado* en *Alfambra* a *24*  
de *Mayo* de mil novecientos *22*

*Moreira*

NOTA.—Ningún Certificado Médico será válido si no va extendido en este impreso editado por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, debiendo además llevar estampado el sello del Colegio Médico Provincial en que este Certificado sea extendido.



# Modelo II. Accidentes del Trabajo

(Matriz para el Médico)

Dirección General de Sanidad

Certificado Médico Oficial

Patrón: D. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
Herido \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
profesión \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
Domicilio \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
Fecha del accidente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
Fecha del alta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años.  
Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_

Consecuencias \_\_\_\_\_

¿Ha quedado alguna inutilidad? \_\_\_\_\_

Fecha del envío de alta al Patrono \_\_\_\_\_

Fecha del envío de la ficha a la Dirección General de Sanidad \_\_\_\_\_

Visitas efectuadas \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

El Médico,

# Accidentes del Trabajo

Dirección General de Sanidad

FICHA PARA ESTADÍSTICA

(Para la Sección de Estadística Sanitaria)

Certificado Médico Oficial

Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
Nombre del Patrono \_\_\_\_\_  
Nombre del herido \_\_\_\_\_  
de profesión \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, domiciliado en la calle de \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_.

Fecha del accidente . . . . .  
Fecha del alta . . . . .

Naturaleza y descripción de la lesión . . . . .

Causas . . . . .

¿Ha sido normal la curación o agravada por cualquier causa? \_\_\_\_\_

¿Ha quedado alguna inutilidad o ha sido absoluta la curación? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna relación entre el accidente y la índole de la industria en que el trabajo se efectúa? \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

El Médico,

# Accidentes del Trabajo

Dirección General de Sanidad

CERTIFICADO DE ALTA

(Para el Patrono o Compañía Aseguradora)

Certificado Médico Oficial

Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
Nombre del Patrono \_\_\_\_\_  
Nombre del herido \_\_\_\_\_  
de profesión \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, domiciliado en la calle de \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_.

¿Está el herido curado? . . . . .  
¿Puede volver al trabajo? . . . . .

Duración de su incapacidad . . . . .

Fecha de la baja . . . . .

Caso de incapacidad permanente consígnese la mutilación o falta de funcionamiento fisiológico que le queda. . . . .

¿La curación ha sido normal o agravada por cualquier causa? \_\_\_\_\_

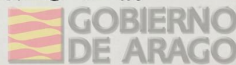
Tratándose de un sujeto sano ¿qué tiempo hubiera durado la suspensión del trabajo? . . . . .

En cumplimiento a lo que previene el Código del Trabajo expido y firmo la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

El Médico,

Señor D. \_\_\_\_\_

Ningún Certificado médico de Accidentes del Trabajo será válido sino va extendido en este modelo oficial aprobado por la Dirección General de Sanidad y editado por el Consejo General de los Colegios Médicos de España. Los derechos autorizados por dicha Dirección, a cambio de la gratuidad de los certificados son de 0,25 con destino exclusivo al Colegio de Huérfanos de Médicos y dichos derechos serán a costa del Patrono o de la Compañía aseguradora.



Excmo. Sr. Director General de Sanidad  
Sección de Estadística





ALCALDÍA  
DE  
ESCORIHUELA  
(TRUHL)

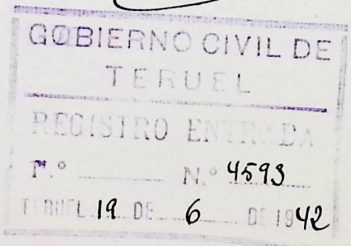
Número 253

Hácese remitir a V. E. adjuntos instancia y certificación medicada presentadas en este Ayuntamiento para ser elevadas a la Superior Autoridad de V. E., en que solicita su substitución como concejal D. Celestino Martín Ferrer, por los motivos que en la misma se indican.

Quis guardo a V. E. muchos años  
Escorihuela 16 junio 1942

El Alcalde

Tomás Alegre



Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia

