

SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS POR INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE (ARTÍCULO 7)

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D^a.

CERTIFICA

Que una vez efectuado el correspondiente reconocimiento médico a la persona paciente (nombre y apellidos en mayúscula):

D./D^a.

PADECE LA SIGUIENTE INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LO/LA INCAPACITA PARA EL DESARROLLO DE CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL (descripción de la invalidez o enfermedad permanente, de su gravedad y de sus consecuencias o limitaciones):

DEBIDO A LO EXPUESTO, LA PERSONA ENFERMA SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE:

- INVALIDEZ QUE LA INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL
- ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LA INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL
- PUEDE DESARROLLAR ACTIVIDADES LABORALES

TENIENDO EN CUENTA EL GRADO DE AUTONOMÍA:

- VÁLIDO/A
- DEPENDIENTE DE OTRA PERSONA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Lugar y fecha

, de de

FIRMA, N° DE COLEGIADO/A Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD
MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA