

SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS POR INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE (ARTIGO 7)

**CERTIFICADO MÉDICO**

NOME E APELIDOS DO/DA FACULTATIVO/A MÉDICO/A

D./D<sup>a</sup>.

**CERTIFICA**

Que unha vez efectuado o correspondente recoñecemento médico á persoa doente (nome e apelidos en maiúscula):

D./D<sup>a</sup>.

PADECE A SEGUINTE INVALIDEZ OU ENFERMIDADE PERMANENTE QUE O/A INCAPACITA PARA O DESENVOLVEMENTO DE CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL (descrición da invalidez ou enfermidade permanente, da súa gravidade e das súas consecuencias ou limitacións):

DEBIDO AO EXPOSTO, A PERSOA DOENTE ENCÓNTRASE NUNHA SITUACIÓN DE:

- INVALIDEZ QUE A INCAPACITA PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL
- ENFERMIDADE PERMANENTE QUE A INCAPACITA PARA DESENVOLVER CALQUERA TIPO DE ACTIVIDADE LABORAL
- PODE DESENVOLVER ACTIVIDADES LABORAIS

TENDO EN CONTA O GRAO DE AUTONOMÍA:

- VÁLIDO/A
- DEPENDENTE DOUTRA PERSOA PARA AS ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIARIA

Lugar e data

,  de  de

SINATURA, N° DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE  
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA