

SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA MAIORES DE 65 ANOS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS  
QUE REQUIREN TRATAMENTOS CONTINUADOS (ARTIGO 5.3)

## 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>.

- INFORMO DE QUE ESTÁ AFILIADO/A E TEN COBERTURA DA SEGUINTE MUTUALIDADE/ENTIDADE SANITARIA:

- PADECE AS SEGUINTE ENFERMIDADES (descripción das enfermidades, da súa gravidade e das súas consecuencias e limitacións):

- PARA AS CALES NECESITA TOMAR A SEGUINTE MEDICACIÓN:

NOME DA MEDICACIÓN	DOSE

- OUTROS TIPOS DE TRATAMENTOS NECESARIOS QUE PODEN OCASIONAR CUSTOS Á PERSOA INTERESADA:

ESTIMACIÓN DOS CUSTOS MENSUAIS DA MEDICACIÓN E/OU TRATAMENTO:

Lugar e data

 ,  de  de 

SINATURA, Nº DE COLEXIADO/A E SELO DO/DA FACULTATIVO/A

SELO DA ENTIDADE

REFRENDO DA ENTIDADE  
MÉDICA GALEGA/ESPAÑOLA