



**PR926A - REENCUNTROS NA CASA**  
**CERTIFICADO MÉDICO DA PERSOA CÓNXUXE ACOMPAÑANTE**

**DATOS DA PERSOA FACULTATIVA**

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  N° COLEXIADO/A

ESPECIALIDADE

**CERTIFICO QUE**

D/D<sup>a</sup>

necesita seguir o seguinte tratamento:

debido a:

e que é válido/a por sí mesmo/a, non padece trastornos psicofísicos que alteren a normal convivencia e está en condicións de realizar unha viaxe de longa duración.

**SINATURA DA PERSOA FACULTATIVA**

Lugar e data

,  de  de