

INFORME MÉDICO

D./Dña.....
con el nº de colegiado....., Licenciado/a o Doctor en Medicina y Cirugía o
especialista ena solicitud del/de la interesado/a y para su
presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que:

D./ Dña.:

con NIF:

- Fecha diagnóstico inicial de la enfermedad celiaca:

- Diagnóstico en el momento actual sobre la enfermedad celiaca padecida :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Tratamiento actual:

.....
.....
.....
.....

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: