

INFORME PSICOLÒGIC / MÈDIC

Senyor/a..... Llicenciat/da / Doctor/a en Psicologia/Medicina i Cirurgia, especialista en....., inscrit/a en el Col·legi Oficial de Psicòlegs/Metges de....., amb el núm. de col·legiat/da....., adscrit/a, si escau, al Centre....., dependent de (Administració Pública), a sol·licitud del/de la interessat/da i per presentar-ho a la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat, assenyalo que

Senyor/a:

NIF: Data de naixement: ____ / ____ / ____ :

- Drogodependència/es per la/les qual/s es troba afectat/da:

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

- Trastorns psíquics o malalties físiques que pateix actualment, derivats o relacionats amb l'esmentada conducta addictiva (opcional):

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

- Possibles conseqüències psíquiques, físiques o socials del manteniment prolongat de la/les dependència/es (opcional):

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

Per la qual cosa necessita, un tractament integral de la/les drogodependència/es dirigit a la rehabilitació i reinserció sociolaboral.

L'esmentat tractament seria recomanable que compregui:

- Teràpia/es per aplicar (de tipus farmacològic, psicològic, etc):

.....
.....

- Número aproximat de sessions:

- Altres activitats (tallers, manualitats, esports, aire lliure, etc):

.....
.....

_____, ____ de _____ de _____

Signatura del/de la psicòleg/a o facultatiu/va