

INFORME MÉDICO

D./Dña.....
con el nº de colegiado....., médico concertado, 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 celíaca:

- Diagnóstico en el momento actual sobre la enfermedad celíaca padecida con indicación expresa de las pruebas realizadas:

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

- Tratamiento actual:

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

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: