

DECLARACIÓ MÈDICA PER CUIDAR MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

Cal imprimir-ne dues còpies, una per a l'administració i una altra per a l'interessat

1.- DADES DEL SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Núm. Seguretat Social	DNI-NIE-passaport	Telèfon
Relació amb el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acollidor preadoptiu/permanent		

2.- DADES DEL METGE responsable de l'assistència sanitària del pacient menor

Cognoms i nom	Núm. col·legiat	
Especialitat/càrrec	Hospital/Centre sanitari	Localitat
<input type="checkbox"/> Servei públic de salut o entitat sanitària concertada amb el servei públic de salut <input type="checkbox"/> Entitat sanitària privada(1)		

3.- DADES DEL PACIENT MENOR

Primer cognom	Segon cognom	
Nom	Data de naixement	DNI-NIE-passaport(2)
Diagnòstic		
CODI(3):		
Data d'ingrés hospitalari Des de: Fins a:	Hospital	

4.- PERÍODE ESTIMAT DE DURADA de la necessitat de cuidar el menor directament, contínuament i permanentment per part del progenitor/acollidor

Des de:	Fins a:
---------	---------

....., de/d' de 20...
Signatura i segell

5.- CERTIFICAT DEL METGE DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT(4)

Cognoms i nom	Núm. col·legiat o núm. ident. facultatiu	
Especialitat/càrrec	Centre sanitari i servei públic de salut	Localitat

6.- PERÍODE ESTIMAT DE DURADA de la necessitat de cuidar el menor directament, contínuament i permanentment per part del progenitor/acollidor

Des de:	Fins a:
---------	---------

....., de/d' de 20...
Signatura i segell

(1): Indiqueu el nom de l'entitat sanitària.

(2): Per a majors de 14 anys.

(3): Indiqueu el codi de diagnòstic que apareix en la llista de malalties de l'Ordre ministerial.

(4): Empleneu únicament si el metge responsable de l'assistència sanitària del menor pertany a una entitat sanitària privada.