

INFORME MÉDICO  
EM926G - REENCUENTROS CON GALICIA

## DATOS DE LA PERSONA FACULTATIVA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Nº COLEGIADO/A

CENTRO ASISTENCIAL O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

## CERTIFICO QUE

Don/doña

con NIF/pasaporte

Necesita seguir este tratamiento:

debido a:

y que es una persona que se vale por sí misma, no padece trastornos psicofísicos que alteren la normal convivencia y está en condiciones de realizar un viaje de larga duración.

## FIRMA DE LA PERSONA FACULTATIVA

Lugar y fecha

,

de

de