



INFORME MÉDICO

PR930D CONECTA CON GALICIA EN EL CAMINO

DATOS DE LA PERSONA FACULTATIVA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Nº DE COLEGIADO/A, MATRÍCULA O SIMILAR

CENTRO ASISTENCIAL O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

INFORMA

Que D/doña

con

Núm. ID/Pasaporte

, solicitante del programa PR930D-Conecta con Galicia en el Camino 2026, no padece

enfermedad infecto-contagiosa y no tiene discapacidades que le impidan realizar el viaje y participar con normalidad en actividades recreativas y deportivas del programa.

El/la paciente debe seguir el siguiente tratamiento:

Debido a:

Alergias:

Observaciones:

Por lo tanto, considero que: puede participar

SI

NO en este programa.

FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA FACULTATIVA

Lugar y fecha

de

de