**ANNEX II**

**INFORME MÈDIC**

|  |  |
| --- | --- |
| **FACULTATIU/A** |  |
| **NÚM. COL·LEGIAT/A** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PACIENT / SOL·LICITANT** |  |

S’emet el següent informe mèdic sobre el pacient sol·licitant, a l’efecte de la seua sol·licitud de comissió de servicis segons les causes contemplades en la convocatòria:

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTS PERSONALS** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PATOLOGIA ACTUAL** | |
| **DATA D'INICI**  *(si escau)* |  |
|  | |

|  |
| --- |
| **SIMPTOMATOLOGIA** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRACTAMENT** | |
| **DATA D'INICI**  *(si escau)* |  |
|  | |

|  |
| --- |
| **CAUSA PER LA QUAL SERIA CONVENIENT UN CANVI DE DESTÍ** |
|  |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

**Firma del facultatiu/a**