

Declaració mèdica per cuidar menors afectats per càncer o una malaltia greu

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

Dades del/de la sol·licitant de la prestació

Primer cognom Segon cognom Nom

Núm. Seguretat Social DNI/NIE/Passaport Telèfon

Relació amb el menor

Progenitor/a Acollidor/a preadoptiu/permanent

Dades del metge responsable de l'assistència sanitària del/de la pacient menor

Cognoms i nom Núm. col·legiat/da

Especialitat/càrrec Hospital/Centre sanitari Localitat

Servei públic / entitat sanitària

Servei públic de salut o entitat sanitària concertada amb el servei Entitat sanitària privada ⁽¹⁾

Dades del/de la pacient menor

Primer cognom Segon cognom Nom

Data de naixement DNI/NIE/Passaport ⁽²⁾

Diagnòstic

Codi ⁽³⁾

Data d'ingrés hospitalari Hospital

Període estimat de durada

De la necessitat de cuidar el menor directament, contínuament i permanentment per part del progenitor/acollidor

Des de Fins a

Localitat i data

Signatura i segell

Certificat del metge del servei públic de salut ⁽⁴⁾

Cognoms i nom Núm. col·legiat o núm. identif. facultatiu

Especialitat/càrrec Centre sanitari i servei públic de salut Localitat

Període estimat de durada

De la necessitat de cuidar el menor directament, contínuament i permanentment per part del progenitor/acollidor

Des de Fins a

Localitat i data

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 privada