

Informe per a l'acreditació dels requisits per a la targeta d'aparcament provisional

A emplenar pel metge/essa de família dels serveis públics de Salut.

Dades de la persona interessada

Cognoms	Nom	Núm. DNI / NIF / NIE
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

Dades del/de la metge/essa que emet l'informe

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre
		Telèfon centre

Informació mèdica imprescindible per a l'acreditació

A) Diagnòstic de la malaltia o patologia d'extrema gravetat que hagi causat la mobilitat reduïda i suposi fefaentment una reducció substancial de l'esperança de vida:

	Codi (1)

B) Indiqueu el/s diagnòstic/s adicional/s que afecten la mobilitat de la persona:

	Codi (1)

C) Descripció de l'afectació de la mobilitat de la persona:

Marqueu les caselles que corresponguin a la mobilitat de la persona interessada:

SI NO

Necessita de bastons, caminador o ajuda d'una altra persona per desplaçar-se petites distàncies.

Usuari/ària de cadira de rodes.

Persona enllitada.

Observacions:

Localitat	Data d'emissió
Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe	Segell

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).