

INFORME MEDICO (ANEXO I)

D./Dña.....
.....con nº de
colegiado/a....., a solicitud
del/de la interesado/a y para su presentación ante el
Excmo. Ayuntamiento de Argamasilla de Alba,

INFORMO

Que D./Doña.....con
DNI /NIE..... es celiaco/a ó
intolerante al gluten, con fecha de diagnóstico de la citada
enfermedad celiaca.....

En Argamasilla de Alba, a.....de.....de 2018

Fdo.: Nombre Colegiado y Sello