**MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO**

|  |
| --- |
| **FACULTATIVO** |
| ***NOMBRE:*** | ***APELLIDOS:*** |
| ***CIAS:*** | ***Nº COLEGIADO/A:*** |
| ***Servicio Público de Salud:***  |
| ***Entidad*** ***Concertada:*** |  |  |  |  |

**C E R T I F I C A:**

que la persona/paciente cuyos datos de identificación se exponen en la parte inferior de este certificado, está afectada por la enfermedad celiaca con el siguiente diagnóstico médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, precisando el seguimiento de una dieta exenta de gluten.

|  |
| --- |
| **PERSONA AFECTADA POR ENFERMEDAD CELIACA** |
| ***NIF:*** | ***NOMBRE:*** |
| ***APELLIDOS:*** |

Lo que se expide a petición del paciente indicado o su representante legal D./Dª.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En a / / 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del facultativo