



ANEXO II

RECONOCIMIENTO MEDICO

El Dr./Dra. en Medicina, D/D^a _____,

Número de colegiado _____,

ha reconocido facultativamente a D.D^a _____,

con DNI español/ N^o de pasaporte español _____ y con residencia

en _____;

CERTIFICA como resultado del reconocimiento practicado que padece de _____

GRADO DE INVALIDEZ (SI PROCEDE):

PERMANENTE PARCIAL

(Aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.)

PERMANENTE TOTAL

(La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta)

PERMANENTE ABSOLUTA

(La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio)

GRAN INVALIDEZ

(La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos)

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma y sello del profesional