



RECONOCIMIENTO MÉDICO

PROGRAMA 2 – Ayudas asistenciales a favor de emigrantes españoles residentes en el exterior.

El Dr./Dra. en Medicina, D./D^a. _____,
titular de la matrícula N.º _____, ha reconocido facultativamente en
el día de la fecha a D. / D^a. _____,
nacido/a en _____, el día _____,
con documento español _____ y con
residencia en _____.

CERTIFICA como resultado del reconocimiento practicado que padece de

GRADO DE INVALIDEZ: (Se solicita especificar claramente la incidencia de la invalidez sobre su capacidad laboral)

☐ 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 este supuesto se deberá especificar cuáles son las pérdidas anatómicas o funcionales y los actos esenciales de la vida para los que necesita ayuda de otra persona:

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma y sello del profesional: _____