



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Bienestar Social
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

(ANEXO I) INFORME MEDICO

D./Dña.....
.....con nº de colegiado/a....., a solicitud del/de la
interesado/a y para su presentación ante la Consejería de Bienestar Social de la Ciudad
Autónoma de Melilla,

INFORMO

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

En Melilla, a.....de.....de 2016

Fdo.: Nombre Colegiado y Sello