



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Bienestar Social

Que
D/D^a

De años de edad, domiciliado/a en la (Calle , población y
provincia).....

D.N.I/N.I.E:.....

Padece

No padece

**Enfermedad crónica grave, degenerativa o invalidante, o
minusvalía grave o enfermedad aguda grave.**

En caso afirmativo, especificar:

Diagnostico:.....

Existencia de limitaciones severas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria

NO SI (especificar cuales).....

Terapéutica actual

Pronóstico (a titulo informativo).....