



**CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA**

Consejería de Bienestar Social

<input type="checkbox"/> Padece	<i>Algún tipo de enfermedad que a su juicio, pueda limitar de forma grave e desarrollo personal y/o familiar.</i>
<input type="checkbox"/> Ha padecido	
<input type="checkbox"/> No padece	

En caso afirmativo, especificar.

Diagnostico:

.....

.....

Medidas terapéuticas en la actualidad:

.....

.....

Situación actual desde el punto de vista evolutivo:

.....

.....

¿Existen a su juicio limitaciones severas en el desarrollo personal y/o profesional, derivadas de la situación de dependencia? Detallar con una X

No
Si

.....

.....

En Melilla a.....dede 2..... FDO:.....