



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