

El/la metge/metgessa que subscriu,

Dr./Dra....., metge/metgessa del Servei Públic de Salut, amb el
núm.de col·legiat i amb exercici professional a

Certifica:

Que en/Na..... amb DNI..... té
prescrita una baixa mèdica des del dia/...../.....

Que el diagnòstic d'aquesta baixa és un dels supòsits inclosos en el Decret Llei 4/2017, de 18 de juliol, de modificació del règim de millores de la prestació econòmica d'incapacitat temporal del personal al servei de l'Administració de la Generalitat, dels seu sector públic i de les universitats públiques catalanes, que són els següents:

- Embaràs
- Hospitalització
- Intervenció quirúrgica
- Processos oncològics
- Tractament de reproducció assistida
- Període de lactància
- Produïda per malaltia causa de la discapacitat \geq 33%
- Exploracions diagnòstiques invasives
- Interrupció voluntària embaràs durant el primer trimestre de gestació per inducció farmacològica
- Cardiopaties isquèmiques
- Malalties greus recollides a l'annex del RD 1148/2011, de 29 de juliol, per a l'aplicació i desenvolupament, en el Sistema de Seguretat Social, de la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu
- Malalties subjectes a declaració obligatòria recollides ens els annexos I i III del RD 2210/1995, de 20 de desembre, pel qual es crea la xarxa nacional de vigilància epidemiològica

NOTA: No indicar de cap manera quin dels supòsits es tracta ja que aquesta informació és confidencial i no pot ser conservada per la Universitat.

Espai per signatura i segell del centre sanitari

Lloc i data: _____