



ANEXO: FORMULARIO A CUMPLIMENTAR POR FACULTATIVO Y/O ESPECIALISTA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Modelo de formulario que deberá ser expedido por facultativo y/o especialista del Sistema Sanitario Público, donde se acredite que el periodo de Incapacidad Temporal está relacionado con su enfermedad crónica o degenerativa.

**A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Y/O ESPECIALISTA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I./ N.I.F.:

NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:

DATOS DEL / DE LA FACULTATIVO/A QUE EMITE EL INFORME

APELLIDOS Y NOMBRE:

ESPECIALIDAD:

NUMERO DE COLEGIADO/A:

- **¿EL TRABAJADOR /A PADECE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA O DEGENERATIVA?: NO []; SI [].**
- **EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS PERIODOS DE BAJAS POR IT DEL TRABAJADOR DURANTE EL AÑO _____ QUE HAN SIDO DEBIDOS A ESA ENFERMEDAD CRÓNICA O DEGENERATIVA:**

En _____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL FACULTATIVO/A

SELLO DEL ORGANISMO PÚBLICO

Fdo.:

La Universidad de Sevilla, agradece la colaboración del Facultativo informante, rogándole rellene con la máxima claridad los distintos epígrafes, aunque será válido en cualquier caso, otro modelo que recoja íntegramente la información requerida.

Todos los informes médicos, quedarán custodiados en el Área Médica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.