

ANEXO I

INFORME MEDICO

D./Dña.....
.....con n° de
colegiado/a....., a solicitud del/de la interesado/a y para
su presentación ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Ciudad Autónoma de
Ceuta,

INFORMO

Que D./Doña.....con
DNI/NIE....., es celiaco/a ó intolerante al gluten, con fecha de
diagnóstico de la citada enfermedad celiaca

En Ceuta, a.....de.....de 20....

Fdo.: Nombre, N° Colegiado y Sello

