



AYUNTAMIENTO DE LA MUY NOBLE VILLA DE ANDORRA

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA PERSONAS CELIACAS O CON INTOLERANCIA AL GLUTEN

ANEXO 2 INFORME MÉDICO

D/Dña. _____, con el n.º de colegiado, médico concertado, Licenciado/a o Doctor de Medicina y cirugía o Especialista en _____ a solicitud del/de la interesado/a y para su presentación en el Ayuntamiento de Andorra, al objeto de participar en la convocatoria pública de Subvenciones dirigidas a unidades familiares en cuyo ámbito existan una o más personas celíacas o con intolerancia al gluten.

D./ Dña.: _____

Con NIF: _____

- Fecha diagnóstico inicial de la enfermedad celiaca: _____

- Diagnóstico en el momento actual sobre enfermedad celíaca padecida:

En Andorra, a _____ de _____ de 20____

Firma: