

DOCUMENTO IV

Modelo orientativo de informe medico

D./D ^a .
Médico especialista en _____ con N ^o de colegiado _____ informa que el paciente:
Nombre y Apellidos del paciente: _____
Está siendo atendido en el Servicio de _____ del Hospital _____ Provincia _____
Los motivos médicos por los que ha recibido asistencia:
<ul style="list-style-type: none">• Duración probable de convalecencia• Periodicidad de revisión.....
Otras recomendaciones o circunstancias de interés:

En, _____ a ____ de _____ de 20__

Sello Centro Sanitario:

El facultativo:

Fdo.: _____

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE _____

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa con la finalidad de gestionar la atención educativa domiciliaria del alumnado. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la ficha informativa sobre el tratamiento de datos de carácter personal en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el apartado del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León (<http://www.educa.jcyl.es>) en el que se publicite esta convocatoria.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.