

Informe mèdic complementari detallat

(Presentar amb el certificat mèdic inicial quan el període d'incapacitat temporal supera el termini establert a la taula de patologies, d'acord amb l'article 145 de la Llei 17/2008 i l'article 6 de Reglament regulador de les prestacions d'incapacitat temporal)

1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

2. Diagnòstic

3. Evolució de la patologia

4. Incidència de la patologia sobre la capacitat funcional

5. Tractament mèdic prescrit

6. Durada de la pròrroga

7. Accepto

Que totes les dades i informacions que consten en aquest imprès de declaració i en els documents acompanyats són certes i completes, i que no he omès cap informació rellevant a efectes de l'atribució de la prestació. Estic assabentat que una eventual falsedat o omissió en la declaració podria ser constitutiva de delictes.

8. Signatures

[Nom i cognoms i signatura del metge coordinador i segell]	Nom i cognoms i signatura del metge del Control Mèdic de la CASS]
--	---

Data: / /

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals.