

**ANNEX A LA SOL·LICITUD DE LA TARGETA D'APARCAMENT PROVISIONAL A L'ENS LOCAL**

**Informe per a l'acreditació dels requisits per a la targeta d'aparcament provisional**

A emplenar pel metge/essa de família dels serveis públics de Salut.

**Dades de la persona interessada**

Cognoms	Nom	Núm. DNI / NIF / NIE
Data de naixement	Adreça (carrer, número, bloc, pis, porta)	
Telèfon	Població	Codi postal

**Dades del/de la metge/essa que emet l'informe**

Nom	Primer cognom	Segon cognom	
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre	Telèfon centre

**Informació mèdica imprescindible per a l'acreditació**

A ) Diagnòstic de la malaltia o patologia d'extrema gravetat que hagi causat la mobilitat reduïda i suposi fefaentment una reducció substancial de l'esperança de vida:

Codi <sup>(1)</sup>

--	--

B) Indiqueu el/s diagnòstic/s adicional/s que afecten la mobilitat de la persona:

Codi <sup>(1)</sup>

--	--

C) Descripció de l'afectació de la mobilitat de la persona:

--

**Marqueu les caselles que corresponguin a la mobilitat de la persona interessada:**

SI NO

- Necessita de bastons, caminador o ajuda d'una altra persona per desplaçar-se petites distàncies.  
  Usuari/ària de cadira de rodes.  
  Persona enllitada.

**Observacions:**

--

Localitat	Data d'emissió
Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe	Segell

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).