



## GAIXOTASUN KRONIKOA EDO MUGIKORTASUN ARAZOAK DITUEN SENIDEA ZAINTEZKO BAIMENA

### PERMISO PARA ATENDER A FAMILIARES CON ENFERMEDAD CRÓNICA O PROBLEMAS DE MOVILIDAD

**EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO UNIBERTSITATEAZ KANPOKO IRAKASLE FUNTZIONARIOEN LAN-BALDINTZAK ARAUTZEN DITUEN AKORDIOAREN 44. ARTIKULUA. - «EUSKO JAURLARITZAKO HEZKUNTZA, UNIBERTSITATE ETA IKERKETA SAILEKO LAN-LEGEPEKO IRAKASLE ETA HEZITZAILEENTZAKO» HITZARMEN KOLEKTIBOAREN 30. ARTIKULUA.**

**ARTÍCULO 44 DEL ACUERDO REGULADOR DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL FUNCIONARIO DOCENTE NO UNIVERSITARIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI. - ARTÍCULO 30 DEL CONVENIO COLECTIVO DEL «PERSONAL LABORAL DOCENTE Y EDUCATIVO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN DEL GOBIERNO VASCO».**

**Izen-abizenak / Nombre y Apellidos:**

**Jaiotze-data / Fecha de nacimiento:**

**Sinatzen duenak berresten du, goian adierazitako pertsonaren osasun-espedientean jasotako datuen arabera, pertsona hori honako egoera honetan dagoela:**

Quien firma confirma que, según los datos obrantes en el expediente sanitario de la persona arriba indicada, la misma se encuentra en la siguiente situación:

☐ GAIXOTASUN LARRI JARRAITUA /  
ENFERMEDAD GRAVE CONTINUADA

☐ IRAUNKORRA / PERMANENTE

☐ HOBEKUNTZA POSIBLEA / POSIBLE  
MEJORÍA

☐ MUGITZEKO ZAILTASUNAK / DIFICULTADES  
DE MOVILIDAD

☐ IRAUNKORRA / PERMANENTE

☐ HOBEKUNTZA POSIBLEA / POSIBLE  
MEJORÍA

**Medikuntzako profesionalaren izen-abizenak / Nombre y apellidos del/de la profesional de medicina:**

**Elkargokide-zenbakia / Número de colegiado/a:**

**Data eta sinadura / Fecha y firma:**

(profesional medikoaren zigilua / sello del profesional médico)