



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 50. ARTIKULUA. - «EUSKO JAURLARITZAKO HEZKUNTZA, UNIBERTSITATE ETA IKERKETA SAILEKO LAN-LEGEPEKO IRAKASLE ETA HEZITZAILEENTZAKO» HITZARMEN KOLEKTIBOAREN 30. ARTIKULUA.

ARTÍCULO 50 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)