



## 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-  
expedientean 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)