

Doctor/Doctora.....  
Nº Colegiado: .....  
Centro Médico/Hospital/Consulta de :.....  
.....  
Dirección: .....  
Teléfono/s: .....

CERTIFICO: Que D./D<sup>a</sup> ..... está diagnosticada de una **enfermedad MUY grave** que acredita a D. .... que manifiesta ser su ..... (cumplimentar el grado de parentesco) para ejercer su derecho al disfrute de la reducción de jornada de cuidado de familiar por un plazo de un mes y sin disminución proporcional del salario (recogida en el Plan Concilia).

Exido la presente a los solos efectos de la posible concesión de dicha reducción.

En ..... de ..... de .....

Doctor/Doctora .....