

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

CERTIFICO: Que D./D^a 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