



XUSTIFICACIÓN DA NECESIDADE DE REALIZAR A PROBA/O ESTUDO

Dn/Dona, médico da Mutua....., con código de colexiado nº....., Informo que:

Citado/a para control do seu proceso de incapacidade temporal, de acordo co establecido no art 82.4a do Real Decreto Legislativo 8/2015, do 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, e unha vez explorado o /a paciente d /dona, có DNI, constatase o seguinte:

O que xustificaría desde o punto de vista clínico a realización da proba/estudo.....a efectos do tratamento preciso para a mellora do/da paciente que permita a súa incorporación laboral.

En....., a, do.....

Asinado

Dr/Dra.....,

Colexiado nº.....