

**Document de sol·licitud, a presentar als serveis mèdics, en relació al permís per familiar amb malaltia oncològica****Dades a emplenar per part del treballador/a**

El/la Sr./Sra. .... amb DNI .....  
que ocupa el lloc de treball de .....  
al centre de treball de .....

Sol·licita un permís per atenció familiar del Sr/a: .....

En qualitat de (indicar parentiu): .....

**Dades a emplenar per part del facultatiu/va**

**Nota important: En el cas que tota aquesta informació estigui continguda en els informes assistencials que s'adjunten a aquesta sol·licitud, no és necessari emplenar la informació següent:**

El Dr./Dra. ....  
col·legiat/da núm ..... especialista en .....

Informa a petició del familiar i amb l'autorització del pacient Sr/a .....  
al respecte del seu tractament pel que fa referència a:

Tipus de tractament: .....

Via d'administració: .....

Lloc d'administració: .....

Freqüència d'administració: .....

Durada prevista del tractament:.....

Signatura del/la familiar de primer grau, que dona consentiment al lliurament de la documentació corresponent per la sol·licitud del permís.

Signatura de peticionari/a

Segell Centre Mèdic i/o Dr./Dra. Col·legiat

Data: