



Generalitat de Catalunya

Departament d'Educació
Serveis Territorials a Girona

TRAMESA COMUNICAT MÈDIC D'INICI D'INCAPACITAT TEMPORAL (baixa mèdica)

Centre _____

Codi del centre _____

Municipi del centre _____

Nom del malalt _____

DNI del malalt _____

Data d'inici de la baixa _____

Previsió de durada _____

Especialitat a cobrir _____

EN CAS DE 1/3 JORNADA, INDIQUEU, SI S'ESCAU, EL NOM I EL DNI DE LA PERSONA QUE JA TREBALLA AL VOSTRE CENTRE I QUE PROPOSEU QUE COMPLETI LA JORNADA _____

Indiqueu el que procedeix:

☐ S'adjunta la baixa mèdica

☐ La baixa mèdica ha estat tramesa als Serveis Territorials directament per l'interessat

Lloc i data

Signatura del director/a del centre

Segell del centre

Cal trametre aquest document per fax al Servei de Personal Docent (872 975 004), juntament amb la baixa mèdica. No es cobrirà cap baixa que no s'acompanyi d'aquest document.