

Informe de compliment de requisits sanitaris Informe de cumplimiento de requisitos sanitarios

Document a annexar al formulari de sol·licitud d'autorització de circulació a la ZBE Rondes de Barcelona per a vehicles dedicats al transport de persones amb malalties que els condicionen l'ús del transport públic o que requereixen realitzar tractaments mèdics de forma periòdica. www.zbe.barcelona

Documento a anexar al formulario de solicitud de autorización de circulación a la ZBE Rondes de Barcelona para vehículos dedicados al transporte de personas con enfermedades que les condicionan el uso del transporte público o que requieren realizar tratamientos médicos de forma periódica. www.zbe.barcelona

Escriuiu amb lletres majúscules per evitar errors / Escriba con letras mayúsculas para evitar errores.

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nom / Nombre	Núm. CIP / N° CIP	☐ DNI ☐ NIE ☐ Passaport / Pasaporte
		Núm. document / N° documento
Cognoms / Apellidos		

DADES DEL CENTRE SANITARI QUE EMET L'INFORME / DATOS DEL CENTRO SANITARIO QUE EMITE EL INFORME

Nom del Centre / Nombre del centro	Població / Población

D'acord amb les ordenances i reglaments relatius a la restricció de la circulació de determinats vehicles a la Zona de Baixes Emissions Rondes de Barcelona, la persona esmentada en aquest informe es troba en alguna de les situacions descrites a continuació:

De acuerdo con las ordenanzas y reglamentos relativos a la restricción de la circulación de determinados vehículos a la Zona de Baixes Emissions Rondes de Barcelona, la persona nombrada en este informe se encuentra en alguna de las situaciones descritas a continuación:

☐ Està diagnosticada amb una **malaltia** que la condiciona en l'ús del transport públic. Existeix una **recomanació mèdica de que no pot utilitzar el transport públic**.
Está diagnosticada con una **enfermedad** que la condiciona en el uso del transporte público. Existe una **recomendación médica de que no puede utilizar el transporte público**

☐ Està diagnosticada amb una malaltia que requereix **realitzar tractaments mèdics de forma periòdica i no pot accedir al servei de transport sanitari urgent**.
Está diagnosticada con una enfermedad que requiere **realizar tratamientos médicos de forma periódica y no puede acceder al servicio de transporte sanitario urgente**.

El tractament comença amb data: / El tratamiento empieza en fecha: ____ / ____ / 20____

El tractament finalitza amb data: / El tratamiento finaliza en fecha: ____ / ____ / 20____

Observacions / Observaciones

Segell del Centre Sanitari / Sello del Centro Sanitario

Data / Fecha