



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

Document a omplir pel centre sanitari.

Documento a rellenar por el centro sanitario.

Annexar al formulari de sol·licitud d'autortització 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.

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.

Escriviu 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	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Passaport / Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Núm. document / N° documento <input type="text"/>
Cognoms / Apellidos <input type="text"/>		

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

Nom del Centre / Nombre del centro <input type="text"/>	Població / Población <input type="text"/>
---	---

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 condiona 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 condiona 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 no urgent.**
*Está diagnosticada con una enfermedad que requiere **realizar tratamientos médicos de forma periódica y no puede acceder al servicio de transporte sanitario no 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