



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD - Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre
(Modelo a cumplimentar por el órgano de valoración cuando **NO disponga** de antecedentes)

A los efectos de lo dispuesto en el Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre (BOE del día 22), por el que se desarrolla el artículo 206.2 de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento,

EL EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE

CERTIFICA que a D/Dª
con DNI/NIE, se le valora un grado de discapacidad total igual a %, teniendo en cuenta la suma de los porcentajes de discapacidad alcanzados en las patologías señaladas. En el porcentaje indicado se incluye la puntuación de puntos por factores sociales complementarios otorgados en base a las circunstancias personales y sociales.

Márquese con X las dolencias padecidas, indicando para cada una de ellas el % de discapacidad de la afección y su fecha de diagnóstico:

Discapacidad intelectual. % Fecha Parálisis cerebral. % Fecha

Anomalías genéticas:

<input type="checkbox"/> Síndrome de Down. % Fecha	<input type="checkbox"/> Síndrome de Prader Willi. % Fecha
<input type="checkbox"/> Síndrome X frágil. % Fecha	<input type="checkbox"/> Osteogénesis imperfecta. % Fecha
<input type="checkbox"/> Acondroplasia. % Fecha	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística. % Fecha
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Wilson. % Fecha	<input type="checkbox"/> Trastornos del espectro autista. % Fecha
<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas secundarias a Tálidomida. % Fecha	<input type="checkbox"/> Síndrome Postpolio / Secuelas de poliomielitis. % Fecha

Daño cerebral (adquirido):

Traumatismo craneoencefálico. % Fecha Secuelas de tumores del SNC, infecciones o intoxicaciones. % Fecha

Enfermedad mental:

Esquizofrenia. % Fecha Trastorno bipolar. % Fecha

Enfermedad neurológica:

<input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral Amiotrófica. % Fecha	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple. % Fecha
<input type="checkbox"/> Leucodistrofias. % Fecha	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette. % Fecha
<input type="checkbox"/> Lesión medular traumática. % Fecha	

La discapacidad tiene su origen en patología distinta de las anteriores.

..... a de de 20

A los efectos indicados D/Dª
con DNI/NIE AUTORIZA, con garantía de confidencialidad, a que el Instituto Nacional de la Seguridad Social solicite del órgano competente la cumplimentación del presente certificado.

Firma del interesado