



CERTIFICADO MÉDICO

D/Dña _____

Facultativo del Servicio Andaluz de Salud, con código numérico personal

(CNP) _____

CERTIFICA:

Que

D/Dña _____

Con D.N.I. _____, no padece enfermedad ni defecto físico que le imposibilite para el ejercicio de las funciones propias de la especialidad de _____

Lo que se hace constar en:

_____ a _____ de _____ de 2021.

Firmado _____