

Certificado de Aptitud Medico Ocupacional

		CÓDIGO		
CERTIFICA que el Sr.(a):				
	CIA MINERA COIMOLAC		HERRERA MALCA, GIL	
Documento de Identidad		Edad:	años	Género:
Puesto al que postula (Pre-ocupacional):		-----		
Ocupación actual o última ocupación:		OPERADOR DE VOLQUETE		
Conclusiones:		SE SUGIERE: <u>EVALUADO</u>		
1 .-				
2 .-				
3 .-				
Grupo y Factor Sanguíneo:				
Apto (Para el puesto en que trabaja o postula)		Restricciones		
Apto con restricción (Para el puesto en que trabaja o postula)				
No apto (Para el puesto en que trabaja o postula)				
Evaluado (Para el puesto en que trabaja o postula)				
Recomendaciones:				
1. SE ADJUNTA COPIA DE INFORME DE NEUROLOGÍA 2. SE ADJUNTA COPIA DE INFORME DE TRAUMATOLOGÍA 3. USO PERMANENTE DE CORRECTORES VISUALES PARA LEJOS				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fecha del examen: Sello y firma del médico </div>				