

DECLARACIÓN DE NO REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO. MAYOR DE EDAD

Declaración responsable

Don/Doña (nombre y apellidos),

con DNI/NIF núm

,

y domicilio en (calle, piso, letra)

Localidad

Provincia

C.P

DECLARO que bajo mi responsabilidad, va a practicar la/s actividad/es de

asumiendo la NO REALIZACIÓN de un reconocimiento médico previo que valore su estado de salud para

Lugary

/

/201

Fecha

Firma del interesado