**CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA**

(EMPRESA)

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES:

APTO APTO CON RESERVA NO APTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Colaborador Dr. (Nombre del médico)