



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 imposibiliten para el ejercicio de las funciones propias de la Categoría y/o Especialidad de _____

Lo que hace constar en:

_____ a _____ de _____ de 2021

Firmado _____