ANEXO I

  **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA**

CERTIFICO QUE.........................................................................................DNI: ..........................., DE.........AÑOS DE EDAD, HA SIDO EXAMINADO EN EL DÍA DE LA FECHA Y AL MOMENTO DEL EXAMEN NO APARECEN SIGNOS DE DOLENCIAS Y/O ENFERMEDADES QUE DESACONSEJEN LA REALIZACIÓN DE TEST MÁXIMOS DE APTITUD FÍSICA. SE SUGIERE ERGOMETRIA.

FIRMA DEL PACIENTE

ACLARACIÓN:

DNI:

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

ACLARACIÓN:

FECHA: