XUNTA DE GALICIA | SECRETARÍA XERAL DA EMIGRACIÓN

ANEXO IV

INFORME MÉDICO

DATOS DE LA PERSONA FACULTATIVA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Nº DE COLEGIADO, MATRÍCULA O SIMILAR

CENTRO ASISTENCIAL O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

INFORMO

Que Don/Doña _____ con NIF/pasaporte _____

no padece enfermedad infecto-contagiosa y es apto/a para participar, con normalidad, en actividades recreativas y deportivas, así como para realizar un viaje de larga duración.

El/la paciente debe seguir el siguiente tratamiento:

Debido a:

Alergias:

Observaciones:

FIRMA DE LA PERSONA FACULTATIVA

Lugar y fecha

_____ , _____ de _____ de _____