



CERTIFICADO MÉDICO DA PERSOA SOLICITANTE
PR926F - REENCANTROS DE LECER

DATOS DA PERSOA FACULTATIVA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº COLEXIADO/A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPECIALIDADE			
<input type="text"/>			

CERTIFICA QUE

D/Dª

necesita seguir este tratamento:

debido a:

e que é válido/a por si mesmo/a, non padece trastornos psicofísicos que alteren a normal convivencia e está en condicións de realizar unha viaxe e participar en actividades de lecer

SINATURA DA PERSOA FACULTATIVA

Lugar e data

, de de