

# CERTIFICADO MÉDICO

El/la Dr./Dra

\_\_\_\_\_

con RCM \_\_\_\_\_

domiciliado en \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## CERTIFICA :

Que D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con pasaporte nº \_\_\_\_\_

no padece ninguna de las enfermedades que pueden tener repercusiones de salud pública graves de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

Lo que certifico en \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

**VÁLIDO DURANTE 90 DÍAS**