

# CERTIFICADO MÉDICO

## Datos del Profesional:

El/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_.

Número de matrícula: \_\_\_\_\_

## Certificación:

El /la Sr./Sra. \_\_\_\_\_,

titular del DNI núm. \_\_\_\_\_.

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.

## Lugar y Fecha:

Ciudad: \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

---

**Firma y sello del médico**

**Validez:** 90 días a partir de la fecha de expedición.

El presente certificado carecerá de validez si no está apostillado.