CERTIFICADO MEDICO

El/la Dr. /Dra. _____

Identificado/a con el Registro Médico Nº_____

C E R T I F I C A:

Que el Sr./Sra. _____ identificado/a con Cédula de ciudadanía Nº_____, no padece ninguna de las enfermedades susceptibles de cuarentena, ni ningún tipo de enfermedad infecto-contagiosa o de otro tipo que pueda poner en riesgo la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

Lo que certifico en la ciudad de _____ el día _____/_____/202__.

_____

Firma y sello del Médico

El presente certificado tiene una validez de 90 dí as a contar desde la fecha de expedicio n.