



CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Al señor representante legal del SOMU, Sindicato de Obreros Marítimos Unidos.
Presente.

** Nombre completo del colono*

CERTIFICO QUE * _____

A LA FECHA DE LA CONSULTA EL PACIENTE NO PRESENTA SIGNOS/SÍNTOMAS DE
PATOLOGÍA AGUDA QUE LE IMPIDA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA RECREATIVA
ACORDE A SU EDAD.

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha