



BOMBEROS QUITO

Salvamos **vidas**

CERTIFICADO DE SALUD DEL PARTICIPANTE

Por medio del presente, certifico que el Sr./Srta _____

_____ con cédula de ciudadanía: _____

perteneciente a _____

presenta un estado físico de apto/apta para participar en el curso: _____

a realizarse en los días señalados.

Quito DM, de de .

Firma y sello del Médico _____

Fecha: _____