

ANEXO II

FORMULARIO DE APTITUD PSICOFISICA

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI: CUIT/CUIL

Fecha de nacimiento: Edad:

Profesión:

Tareas a realizar (breve reseña mencionando lugar, características del terreno, cantidad de días, etc.)

Resultado de ergometría:

Nombre y Apellido del médico:

Matrícula Nacional/Provincial:

Examen psicofísico (consignar patologías declaradas o halladas, alergias, tratamiento de ser necesario, medicamentos y dosis)

Vacunaciones recibidas y sugeridas:

.....
(Nombre y apellido)

SÍ NO es apto para realizar las tareas declaradas

Firma del médico

Aclaración y/o sello