

ANEXO IV
PROGRAMAS AÑORANZA AÑO 2019
CERTIFICADO MÉDICO

Apellidos y Nombre del Facultativo:	
Especialidad:	Nº Colegiado:

CERTIFICA QUE:

<p>D./D^a está en condiciones de realizar un viaje de larga duración, no padece enfermedad infectocontagiosa, se vale por sí mismo/a de forma autónoma y no padece trastornos psicofísicos que alteren la normal convivencia.</p> <p>Y necesita seguir el siguiente tratamiento médico:</p> <p>Debido a:</p>
--

Firma el presente certificado en, a de de 2019.

SELLO Y FIRMA