

NOMBRE DE PROFESIONAL MÉDICO

Registro Médico.

Registro de SENECYT.

Dirección Consultorio.

Teléfono de contacto – Correo electrónico de contacto

Ciudad, fecha de emisión de certificado

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico haber atendido al señor/a/ita _____ (2 APELLIDOS, 2 NOMBRES), con cédula de identidad # _____, el mismo que acude a consulta, para control médico, después de haberse sometido voluntariamente al examen médico general previo, el proceso de reclutamiento a aspirantes a Agentes de Control Municipal de la Ciudad de Guayaquil:

- **Valoración clínica.**
- **Requisitos antropométricos.**
 - **Talla:**
 - **Peso:**
 - **IMC:**
 - **Perímetro Abdominal.**
- **Esquema de Vacunación.**

Impresión Diagnóstica según CIE 10.

- Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

*Después de revisar los resultados, se puede indicar que el señor/a/ita _____ (2 APELLIDOS, 2 NOMBRES), se encuentra en buenas condiciones físicas y estado de salud y está **APTO** para realizar **pruebas físicas y actividades que requieran esfuerzo físico.***

El portador de este certificado puede hacer uso del mismo para ser presentado como parte de los requisitos para el proceso de reclutamiento a aspirantes a Agentes de Control Municipal de la Ciudad de Guayaquil.

Muy atentamente. -

NOMBRE DE PROFESIONAL MÉDICO

Registro Médico.

Registro de SENECYT

Nota:

- *Certificado médico con firma electrónica.*
- *Se adjuntan documentos de respaldo.*