

CONDUCCION

D./ Dña. _____ Director/a. de l Centro.

I N F O R M A

Qué D. _____ con DNI número _____ nacido el _____ se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de comprobación de aptitudes físicas y psicológicas necesarias para la _____ del permiso o licencia de conducción de la clase _____ de conformidad con lo establecido en el R.D. 722/1997 de 30 de Mayo (modificado por R.D. 1598/2004 de 2 de Julio) y visto el dictamen _____, se le considera _____ para _____ el permiso o licencia de conducción _____ correspondiente.

A los efectos indicados, expide el presente informe en
Localidad, a _____ de _____ de 200_____

EL DIRECTOR DEL CENTRO.

Caduca a los noventa días naturales (Observaciones al dorso).

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

ARMAS

D/Dña. _____ Director/a del Centro

INFORMA

Qué D. _____ con D.N.I. número _____ nacido el _____ se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de comprobación de las aptitudes físicas y psicológicas necesarias para (1) _____ de Licencia o Autorización de tenencia y uso de armas del grupo (2) _____ de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 2487/98, de 20 de Noviembre, y visto el dictamen médico (3) _____ así como el dictamen Psicológico (3) _____ se le considera (4) _____ para (5) _____ la Licencia o Autorización de armas correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en
CARBALLO, a ____ de _____ de 200____
EL DIRECTOR DEL CENTRO.

- (1) Obtener o Renovar.
- (2) M o L
- (3) Positivo o Negativo
- (4) Apto o No apto
- (5) Obtener o Renovar.

Caduca a los noventa días naturales (Observaciones al dorso)

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

SEGURIDAD PRIVADA

D./Dña. _____ Director/a. del Centro

I N F O R M A

Qué D. _____ con
DNI número _____ nacido el _____ se ha sometido al
reconocimiento facultativo pertinente de comprobación (1) _____ de aptitudes físicas y
psicológicas necesarias a efectos de habilitación para prestar servicios de Seguridad Privada de conformidad
con lo establecido en el Real Decreto 2487/98 de 20 de Noviembre, y visto el dictamen médico (2)
_____ así como el dictamen Psicológico _____ se le considera (3) _____
para (4) _____ la habilitación correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en
Localida, a _____ de _____ de 200____
EL DIRECTOR DEL CENTRO.

- (1) Inicial o periódica
- (2) Positivo o negativo.
- (3) Apto o No apto.
- (4) Obtener o mantener la vigilancia de

Caduca a los noventa días naturales (Observaciones al dorso)

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.
(DEBE PONERSE LA TALLA).

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

OPERADOR GRUA TORRE

D. _____ Director/a del Centro

I N F O R M A

Qué D. _____ con D.N.I. número _____ nacido el _____ se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de comprobación de las aptitudes físicas y psicológicas necesarias para (1) _____ de Licencia o Autorización de conducción y/o manejo como Operador de Grua-Torre para obras, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 836/2003 de 27 de Junio, y visto el dictamen médico (2) _____ así como el dictamen Psicológico (2) _____ se le considera (3) _____ para (4) _____ la Licencia de operador de grúas torre correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en
Localidad, a _____ de _____ de 200_____
EL DIRECTOR DEL CENTRO.

- .(1) Obtener o Renovar.
- .(2) Positivo o Negativo
- .(3) Apto o No apto
- .(4) Obtener o Renovar.

Caduca a los noventa días naturales (Observaciones al dorso).

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

O.G.T. AUTOPROPULSADA

D. _____ Director/a del Centro.

I N F O R M A

Qué D. _____ con D.N.I. número _____ nacido el _____ se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de comprobación de las aptitudes físicas y psicológicas necesarias para (1) _____ de Licencia o Autorización de conducción y/o manejo como Operador Grúa Movil Autopropulsada, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 837/2003 de 27 de Junio, y visto el dictamen médico (2) _____ así como el dictamen Psicológico (2) _____ se le considera (3) _____ para (4) _____ la Licencia de operador de grúa movil autopropulsada correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en
Localidad, a ____ de _____ de 200____
EL DIRECTOR DEL CENTRO.

- . (1) Obtener o Renovar.
- . (2) Positivo o Negativo
- . (3) Apto o No apto
- . (4) Obtener o Renovar.

Caduca a los noventa días naturales (Observaciones al dorso).

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

TENENCIA ANIMALES POTENCIALMENTE PELIGROSOS

Dña. _____ Director/a del Centro.

I N F O R M A

Qué D. _____ con
DNI número _____ nacido el _____ se ha sometido al reconocimiento
facultativo pertinente a la capacidad física y a la aptitud psicológica, necesaria para la (1)
_____ de la LICENCIA para la tenencia de animales potencialmente peligrosos, de
conformidad con lo establecido en la Ley 50/1999, de 23 de diciembre y en el Real Decreto 287/2002, de 22 de
marzo, y visto el dictamen médico (2) _____ así como el dictamen Psicológico (2) _____ se
le considera (3) _____ para (4) _____ la Licencia administrativa correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente CERTIFICADO en
TALAVERA DE LA REINA, a _____ de _____ de 200_____
DIRECTOR DEL CENTRO.

- (1) Inicial o periódica
- (2) Positivo o Negativo
- (3) Apto o No Apto
- (4) Obtener o mantener la vigilancia de

Caduca al año de la fecha de expedición (Observaciones al dorso)

ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS.

OBSERVACIONES.

Firma del Director del Centro, en caso de existir observaciones.

EMBARCACIONES DE RECREO

(Impreso: Certificado Médico Oficial)

DR.....licenciado en Medicina y Cirugía, Nº C:..... Certifica: que
D.....con DNI.....ha superado las pruebas de aptitud psicofísicas requeridas para la
obtención/ renovación de la titulación para el gobierno de embarcaciones de pesca/ recreo, según lo dispuesto
en la resolución de la Dirección General de la Marina Mercante del 30 de Diciembre de 1997 (BOE 9/01/1998).

BUCEO Y PESCA SUBMARINA.

(Impreso: Certificado Médico Oficial)

Don.....con DNI.....y vecino de no
presenta contraindicaciones para la realización de practicas de actividades subacuáticas (Buceo de recreo)"

POLICIA ARMADA (PREVISION DE PLAZAS)
(Impreso: Certificado Médico Oficial)

"Don..... con DNI.....reúne las condiciones físicas y sanitarias necesarias y suficientes para la realización de las pruebas de aptitud física exigidas en el Anexo II de la convocatoria (12-4-2007) publicada en el BOE num. 110 de 8 de mayo de 2007 para la provisión en propiedad de una de las plazas de la Escala Básica de Policía Nacional"