

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Nombre y Apellidos : _____

DNI/NIE : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Dirección : _____

Datos del Médico Evaluador :

Nombre y Apellidos : _____

Número de Colegiado : _____

Declaración Médica :

El/la suscrito/a, médico evaluador, certifica que ha realizado la correspondiente exploración médica al/a la trabajador/a arriba identificado/a, incluyendo anamnesis, exploración física y, en su caso, pruebas complementarias necesarias para la evaluación de su aptitud laboral. Conforme a la legislación vigente y a los criterios médicos aplicables, se emite el presente certificado de aptitud laboral.

Resultado de la Evaluación :

- Apto/a para el desempeño de su puesto de trabajo sin restricciones.
- Apto/a para el desempeño de su puesto de trabajo con las siguientes recomendaciones:

- No apto/a para el desempeño de su puesto de trabajo.

Observaciones :

FIRMA DEL MÉDICO EVALUADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

Firma: _____

Firma: _____

Fuente original de este documento:

<https://laboral-lex.com/modelo-de-certificado-medico-de-aptitud-laboral/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://laboral-lex.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.