

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## **Certificado Médico** **requerido para la evaluación de Aptitud Física**

---

➤ Certifico que \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Se encuentra (\*) \_\_\_\_\_, para realizar la evaluación de  
prueba anual de suficiencia para Guardavidas (Ley N° 2.198 y Decreto N° 865/GCBA/2005).

(\*) deberá decir apto físicamente

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

