

**COMUNICADO DE APTITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO**

Ed.: 0

DPMPO15 ANEXO 2**APELLIDOS Y NOMBRE:****EMPRESA:****Centro de trabajo:****Puesto de trabajo:****Registro nº:****Tipo de Reconocimiento:** *PRELABORAL* *PERIÓDICO* **COMUNICADO DEL SERVICIO MÉDICO**

Por medio de la presente, se le comunica que del reconocimiento médico que le fue practicado con fecha/...../....., se pone de manifiesto el resultado de:

APTO **NO APTO**

para el desempeño de los trabajos encomendados.

En, de de 2001

EL MÉDICO DE EMPRESA

Fdo. D. _____