



MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO

D./Dña. _____, _____
Médico o Director/a del Centro N° de Colegiación

CERTIFICA

Qué D./Dña. _____ 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) _____ el
carné de **Operador de Grúa Móvil Autopropulsada**, de conformidad con lo establecido en la ITC
MIE AEM-4 aprobada por *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
poder manejar grúas móviles autopropulsadas.

A los efectos indicados, expido el presente certificado en
_____, a ____ de _____ de 20 ____.

El/la médico o Director/a del Centro
(Firma y sello)

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

Caduca a los tres meses.