



PLANTILLA RECONOCIMIENTO MÉDICO PRUEBAS FÍSICAS POLICÍA NACIONAL

CONSEJO GENERAL
DE
COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS
DE ESPAÑA

Derechos autorizados:
3,63 EUROS
I.V.A. INCLUIDO

Clase 1.^a
Ordinaria
Serie K

Nº

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Colegio de

Ciudad

C.I.F. Q-28660010-H



D. **Nombre y apellidos del médico**
en Medicina y Cirugía, colegiado en **Ciudad**, con
el número **Nº Colegiado** y con el ejercicio profesional en **Lugar de ejercicio**

CERTIFICO: Que

El aspirante D. XXXXXXXXXX (nombre y apellidos del opositor) y titular del DNI nº XXXXXXXX, reúne las condiciones físicas necesarias para la realización de las pruebas físicas de ingreso a la Escala Básica de Policía Nacional detalladas en el Anexo II de la convocatoria aprobada en Resolución de 31 de julio de 2025 de la Dirección General de la Policía.

Y para que así conste donde convenga, y a instancia de **el interesado**

expido el presente Certificado en **lugar de expedición**

a **día** de **mes** de dos mil **año**

FIRMA DEL COLEGIADO