



ANEXO I

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS A EFECTOS DE LA OBTENCIÓN DE LA VALIDACIÓN PERIÓDICA DE LA COLEGIACIÓN DE LOS MÉDICOS DE SACYL

Don/Doña _____ Licenciado/Doctor en Medicina
y Cirugía, con DNI _____ , colegiado en _____ con el
número _____ y con destino en _____ ,

Solicita la expedición de los certificados necesarios para la obtención de la Validación Periódica de la Colegiación, según el procedimiento establecido por el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León:

Marcar lo que proceda:

- Certificado de aptitud psicofísica
- Certificado de vida laboral
- Certificado de formación

En _____ a _____ de _____ de _____

Firmado: _____
(Nombre y apellidos)

DIRECTOR GERENTE DE _____