

**DECLARACIÓN DE NO REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO. MAYOR DE EDAD**

**Declaración responsable**

Don/Doña (nombre y apellidos):

con DNI/NIF : \_\_\_\_\_ ,

y domicilio en (calle, piso, letra):

Localidad

Provincia

C.P

**DECLARO** que bajo mi responsabilidad, va a practicar la actividad de..... asumiendo la **NO REALIZACIÓN** de un reconocimiento médico previo que valore su estado de salud.

Lugar:

Fecha:

Firma del interesado