

CERTIFICADO

ACREDITACIÓN DE CONDICIONES FÍSICAS Y SALUD

N.º Postulante:

--	--	--	--	--	--

RUN.: _____

-

Fecha nacimiento: _____

/

/

Nombre completo: _____

(Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno)

Se encuentra en las condiciones físicas necesarias para rendir los siguientes exámenes de suficiencia física durante el desarrollo de la postulación para ingreso a la Armada de Chile:

- Test de 2414 metros (tiempo en min. y seg.)
- Natación prueba de 50 metros libres (tiempo en min. y seg.)
- Flexión de brazos en barra fija cilíndrica tomada en pronación (cantidad). Sólo para hombres
- Flexo - extensión de codo en posición de cúbito abdominal (cantidad). Sólo para mujeres.

(Nombre completo del Médico)

(Firma del Médico)

N.º Registro Colegio Médico: _____

Teléfonos: _____

(Código área y N.º Telefónico)

En: _____

(Ciudad donde está firmando, día, mes, año)