




## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

### CERTIFICA que el Sr. (a)

<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	ALARCON LEYVA NASHCA VANYA	
<b>Nº DE FICHA MÉDICA:</b>	47148225	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>		
Nº: 47148225 ( X ) DNI PASAPORTE CARNET DE EXTRANJERÍA	EDAD: 31 AÑOS	GÉNERO: M F
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA</b>	RED SALUD SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	
<b>PUESTO AL QUE POSTULA</b> (Solo pre ocupacional)	TEC. EN FARMACIA	
<b>OCUPACIÓN ACTUAL O ÚLTIMA OCUPACIÓN</b>		
<b>CONCLUSIONES:</b>	SOBREPESO	
<b>APTO</b> (Para el puesto en el que trabaja postula)	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>RESTRICCIONES:</b>
<b>APTO CON RESTRICCIONES</b> (Para el puesto en el que trabaja postula)	<input type="checkbox"/>	
<b>OBSERVADO</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>NO APTO</b> (Para el puesto en el que trabaja postula)	<input type="checkbox"/>	<b>OBSERVACIONES:</b>
<b>EVALUADO</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>RECOMENDACIONES</b> USO PERMANENTE DE TODOS SUS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DIETA Y EJERCICIOS		
<b>FECHA:</b>	14/12/2022	 <b>Dr. Gustavo Matsuoka Sato</b> CMP 36704 RNE 22475 Esp. Medicina Ocupacional y Medio Ambiente
		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA