

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## **Certificado Médico** **requerido para la evaluación de Aptitud Física**

---

➤ Certifico que \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Se encuentra (\*) \_\_\_\_\_, para realizar la evaluación  
de ingreso a la Institución Policial (test: flexión de tronco - agilidad - flexiones de brazos -  
fuerza de tracción - resistencia 1000 mts).

(\*) debera decir apto fisicamente

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional

MINISTERIO DE  
SEGURIDAD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**