

CERTIFICADO MÉDICO

El profesional que suscribe, certifica que el Sr. _____
_____, RUN. N° _____,
se encuentra en condición física "APTO" para rendir las siguientes pruebas físicas
en la Fuerza Aérea de Chile:

- A.- Resistencia 2.400 mts. (carrera contra reloj).
- B.- Abdominales en un (01) minuto.
- C.- Flexiones de brazos al piso en un (01) minuto (extensiones PUSH UP)
- D.- Flexibilidad.

Observaciones (si se requieren):

Nombre del médico examinador: _____

N° RUN del médico examinador: _____

Ciudad, fecha: _____