



**INFORME MÉDICO DE EVALUACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE PESCA DE RECREO SUBMARINA  
A PULMÓN LIBRE (Código procedimiento: 114)**



Dº/Dña. ...., con fecha de nacimiento ....., en calidad de solicitante de la licencia de pesca correspondiente, **SOLICITA** opinión sobre su idoneidad médica para participar de la práctica de la pesca de recreo submarina a pulmón libre.

Resultado de la Evaluación:

- APTO** - No encuentro condiciones que considere incompatibles con la práctica de la pesca de recreo submarina a pulmón libre.
- NO APTO** - Encuentro condiciones que considero incompatibles con la práctica de la pesca de recreo submarina a pulmón libre.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL MÉDICO:

ESPECIALIDAD:

CENTRO MÉDICO/HOSPITAL:

DIRECCIÓN CENTRO MÉDICO:

NÚMERO TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

En ..... a ..... de ..... de .....  
MÉDICO EVALUADOR

Fdo.: .....