FEDERACION COLOMBIANA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO F.C.A.D.
CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA PARA LICENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL

C.C._____ **FECHA:** _____/_____/_____
DD MM AA

LICENCIA: **TIPO A** ☐ **TIPO B** ☐

Nombres y Apellidos: _____

EXAMENES REALIZADOS

☐ EXAMEN MEDICO ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ EXAMEN VISUAL ☐ OTRO: _____	☐ LABORATORIOS: _____,_____, _____,_____, _____,_____

CONCEPTO EXAMEN MEDICO

☐ **CUMPLE CRITERIOS MEDICOS PARA LICENCIA POR UN AÑO**

☐ **CUMPLE CRITERIOS MEDICOS PARA LICENCIA PROVICIONAL:**
- ☐ POR UNA VALIDA:_____
- ☐ POR TRES MESES
- ☐ POR SEIS MESES

MOTIVO LICENCIA PROVICIONAL:
_____
_____

RECOMENDACIONES:
_____
_____

NOMBRE DEL MEDICO:	**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD Y QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS RESULTADOS DE ESTE CONCEPTO**
_____ **FIRMA DEL MEDICO** **REGISTRO MEDICO:**	_____ **FIRMA DEL PILOTO** **CEDULA:**