

CERTIFICACIÓN DE APTITUD FÍSICA
PARA PRESENTAR ANTE EL CONSEJO DE LA MAGISTRATURA
DE LA PROVINCIA DE SALTA

DATOS PERSONALES	
Apellido/s: _____ Nombre/s: _____	
DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ (D/M/A) Género: _____	
Localidad de Residencia: _____ Pcia.: _____ Tel.: _____	
_____	_____
Firma	Aclaración del Interesado

CERTIFICACIÓN DE APTITUD FÍSICA		
Deberá ser expedida por médico con especialidad clínica certificada por el Colegio Profesional pertinente de la provincia de Salta.		
IMPORTANTE: La presente certificación deberá ser emitida por profesional médico matriculado y habilitado. Deberá certificarse si el interesado se encuentra APTO/NO APTO FÍSICAMENTE para ejercer la función de Juez/a; Asesor/a de Incapaces; Fiscal; Defensor/a Oficial.		
En la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____, certifico con carácter de declaración jurada haber examinado personalmente al interesado, cuyos datos personales están consignados en el encabezado del presente formulario, el cual se encuentra: <i>(Escribir APTO o NO APTO)</i> _____ físicamente para ejercer la función de: _____		
Domicilio del Profesional: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____		
Tel.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____		
Observaciones:		
_____	_____	_____
Sello y firma del profesional	Apellido/s	Nombre/s

CERTIFICACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL:
CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO: