

Dña. [REDACTED], licenciada en

Medicina y cirugía con número de colegiado [REDACTED] y
ejercicio profesional en [REDACTED]

CERTIFICA que [REDACTED] de 25
años de edad cuya identidad se me acredita con
documento nacional: [REDACTED] no padece enferme-
dad infecto-contagiosa (VHS, VHB, VHC, VIH) alguna ni defecto
psicofísico aparente. Así mismo se encuentra correctamente
vacunada para su edad.

Para que así conste lo expido en [REDACTED] [REDACTED]