



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE A CORUÑA

ANEXO I

Certificado de empresa de previsión de contratación como tripulante o buceador/a profesional

Don/doña.....con DNI n°

Armador/a o representante legal de la empresa.....

con sede social en la calle/plaza..... , n.º

Población....., provincia....., CP.....

DECLARO:

Que don/doñacon DNI/NIE n.º.....

forma parte /va a formar parte en el puesto de en el buque de bandera

española..... NIBpor lo que precisa la

realización de un reconocimiento médico de embarque marítimo /reconocimiento médico de aptitud para el buceo profesional.

Asimismo, el/la abajo firmante confirma que queda enterado/a de que la falsedad de esta declaración, sin perjuicio de otras responsabilidades legales que pudieran derivarse, dará lugar a que, si fuera el caso, el beneficiario/a pierda su derecho a la realización del mencionado reconocimiento.

En , a de de

Sello de la empresa

Firma del armador/a o representante legal

