

ANEXO II

(Nombre y dirección del Centro)

Número de inscripción en el
Registro.....

SEGURIDAD PRIVADA



D.....
Director del Centro de Reconocimiento Médico y Psicotécnico

INFORMA:

Que D.....
con D.N.I. nº....., nacido el.....
se ha sometido al reconocimiento facultativo pertinente de comprobación
(1)..... de las aptitudes físicas y psicológicas necesarias
a efectos de habilitación para prestar servicios de Seguridad Privada de
conformidad con lo establecido en el Real Decreto 2487/98, de 20 de No-
viembre, y visto el dictamen médico (2)..... así como el
dictamen psicológico (2)..... se le considera
(3)..... para (4)..... la habilitación
correspondiente.

A los efectos indicados, expido el presente informe en
.....a..... de..... de 1.9.....

EL DIRECTOR DEL CENTRO,

(Sello)

- (1) Inicial o periódica.
- (2) Positivo o negativo.
- (3) Apto o no apto.
- (4) Obtener o mantener la vigencia de.
Caduca a los tres meses.

(Enumeración de enfermedades,
deficiencias u observaciones, al
dorso)

| | |
|--|-----------------------------------|
| ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS: | |
| | |
| OBSERVACIONES: | |
| TALLA : | (expresada en centímetros) |
| | |

(Si hay enfermedades, deficiencias u observaciones, sello del centro y firma del director)