



Ilustre Colegio  
Oficial de Médicos  
de Madrid

## COLEGIACIONES

C/ Santa Isabel, 51 – 28012 Madrid – Tel.: 915 385 100– email [colegiaciones@icomem.es](mailto:colegiaciones@icomem.es)

### SOLICITUD VISADO DE FIRMA

Nombre del Centro: .....

Domicilio: .....

Teléfono: .....

D/Dª ..... en calidad de Director del Centro de Reconocimientos Médicos ..... con CIF....., número CRC..... y domicilio a efectos de notificaciones en la calle .....

SOLICITA: Visado de firma por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, del doctor/a..... núm. de colegiado/a 28..... con DNI/NIE/Pasaporte nº ..... Requerimiento de la Dirección General de Tráfico, para poder realizar los certificados médicos del mencionado centro.

Y para que así conste, firmo la presente solicitud en Madrid, a                      de                      de

Firma y sello del centro de reconocimientos

Nota: el centro de reconocimiento de conductores tiene que estar en la Comunidad de Madrid.