



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID**  
COLEGIACIONES

Santa Isabel, 51 - 28012 Madrid  
Tlf. 91-538 51 00 - Fax. 91-539 63 06  
<http://www.icomem.es> - [icomem@icomem.es](mailto:icomem@icomem.es)

---

**SOLICITUD VISADO DE FIRMA**

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI, \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ nº colegiado 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 201

Firma y sello