



SOLICITUD RECONOCIMIENTO PSICOFISICO PERSONAL FERROVIARIO

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
EMPRESA : 

SI	NO
----	----

  
NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

FIRMA

**Importante:** Se debe adjuntar el DNI / Pasaporte / Tarjeta de residencia escaneado por ambas caras y enviarlo al correo electrónico: [holaclinicasalud@gmail.com](mailto:holaclinicasalud@gmail.com)