



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

CERTIFICADO DE EMPRESA DE PREVISIÓN DE CONTRATACIÓN COMO BUCEADOR PROFESIONAL

Don/Doña _____, con DNI/NIE _____
_____ de la empresa _____ con
sede social en calle/plaza _____,
nº _____, población _____, provincia _____,
código postal _____.

DECLARO:

Que Don/Doña _____,
DNI/NIE _____, va a ser contratado como buceador profesional por esta
empresa en alguna de las categorías incluidas en el Régimen Especial de la Seguridad
Social de los Trabajadores del Mar, por lo que precisa la realización de un
reconocimiento médico de aptitud para el buceo profesional.

Asimismo, el abajo firmante confirma que queda enterado 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 pierda su derecho a la realización del
mencionado reconocimiento.

En _____, a ____ de _____ de _____

Sello de la empresa

Firma del armador o
Representante legal