



**Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Zaragoza**

Dr. D / Dra. Dña. _____
Nº colegiado _____ Centro de Salud _____

CERTIFICA

Que el Dr. D. / la Dra. Dña. _____
Colegiado/-a ICOMZ nº _____, se encuentra capacitado para disponer y
utilizar recetas del sistema nacional de la salud para prescripciones de carácter
personal y de sus beneficiarios.

Y para que así conste ante quien corresponda y a los efectos que le sean
oportunos, se expide el presente documento en Zaragoza a ____ de ____ de
202_

**Firma del médico de familia asignado al colegiado jubilado
(Imprescindible poner Sello con nº CIAS)**