

CERTIFICACIÓN SOBRE EQUIPAMIENTO SANITARIO

D/D^a _____, con DNI nº _____, como jefe del equipo médico dispuesto para los eventos taurinos a celebrar en la localidad de _____, a las __:__ horas del día ____ de _____ del año 20____, consistente en ¹_____

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 22.4.b y disposición adicional primera del Decreto 187/2010, de 24 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Festejos Taurinos Populares de Extremadura, modificado por Decreto 35/2017, de 28 de marzo, tras comprobar la disposición y adecuación de los servicios médicos presentes.

CERTIFICA (marcar lo que proceda):

Que todo el equipamiento sanitario se ajusta a lo exigido en la normativa vigente

Que ha observado las siguientes deficiencias:

- NO considerando factible la subsanación de tales deficiencias con anterioridad al inicio del festejo.
- SI considerando factible la subsanación de tales deficiencias con anterioridad al inicio del festejo.

En _____, a _____ de _____ de 201__.

EL JEFE DEL EQUIPO MEDICO QUIRÚRGICO

FDO.: _____.

SR. PRESIDENTE DEL FESTEJO TAURINO DE _____.

¹ Detallar tipo de festejo