



AVAL

El que suscribe,

D. _____,

Con N° del DNI: _____ y N° de Asociado a AEPSAL _____

Domicilio en _____ Código Postal _____

Localidad _____ Provincia de _____,

DECLARA,

Primero.- Que conoce personal y profesionalmente al también asociado de AEPSAL, D/a. _____

Segundo.- Que mediante el presente documento quiere expresar el reconocimiento de solvencia personal y profesional de dicho asociado, al que avala como profesional cualificado de la prevención y en la o las siguientes especialidades:

Ergonomía Psicología Higiene Industrial

Seguridad en el Trabajo Medicina del Trabajo

Tercero.- Que no le consta que en estos momentos se encuentre inserto en procedimiento de investigación por responsabilidades en el ámbito del ejercicio profesional como prevencionista.

En Barcelona, a ____ de _____ del _____