Fecha:

Yo (Nombre y apellidos) con DNI nº………………mayor de edad (fecha de nacimiento).

Certifico que no padezco las siguientes enfermedades mentales u otras que no constan en la siguiente enumeración:

Esquizofrenia, bipolaridad, psicótico, límite de la personalidad, antisocial.

Si padezco la/s siguiente/s lesión/es y/o enfermedad/es: (rellenar sólo en caso necesario):

Atentamente,

Firmado: