



**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
*Republic of Panama*  
**AUTORIDAD MARÍTIMA DE PANAMÁ**  
*Panama Maritime Authority*  
**CERTIFICADO MÉDICO DE LA GENTE DE MAR**  
*Medical Fitness Standards Certificate for Seafarers*



No. Certificado: **PMD5-000001056-2026**  
Certificate No.

Este certificado se emite en conformidad con las disposiciones de la regla I/9 del Convenio STCW, 1978, enmendado, y la norma A/2 del CTM, 2006, enmendado, y certifica que la gente de mar es apta para el servicio en el mar.

*This certificate is issued in accordance with the provisions of the regulation I/9 of the 1978 STCW Convention, as amended and the standard A- I/2 of the MLC, 2006, as amended, and certifies that seafarers are fit for sea service.*

|                                                                                                                             |                                               |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido:<br>Surname<br><b>RAJBHAR</b>                                                                                      | Nombre:<br>Given Name (s)<br><b>SUMIT</b>     | Cédula /<br>Pasaporte No.<br>Id. Number/<br>Passport No.<br><b>R1045664</b>                                             |
| Fecha de Nacimiento:<br>Date of Birth<br>Día<br>Day<br><b>16</b><br>Mes<br>Month<br><b>01</b><br>Año<br>Year<br><b>1997</b> | Nacionalidad:<br>Nationality<br><b>INDIAN</b> | Sexo:<br>Gender<br><input checked="" type="checkbox"/> Masculino<br>Male<br><input type="checkbox"/> Femenino<br>Female |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Yes                                                     | No                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Confirmación de que se examinaron los documentos de identidad en el lugar del examen?<br><i>Confirmation that identification documents were checked at the point of examination?</i>                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿La audición cumple con el estándar?<br><i>Hearing meets the standards?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿La audición es satisfactoria sin ayuda?<br><i>Unaided hearing satisfactory?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿La agudeza visual cumple con el estándar?<br><i>Visual acuity meets standards?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿La visión cromática cumple con el estándar?<br><i>Date of the last color vision test (Day/Month/Year)</i><br>Fecha de la última prueba de visión cromática (Día/Mes/Año) <b>05 / 09 / 2026</b>                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿Apto para cometidos de vigía?<br><i>Fit for look out duties?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| ¿Existen limitaciones o restricciones respecto de la aptitud física? Si la respuesta es "sí", dar detalles de las limitaciones o restricciones: <i>Limitations or restrictions on fitness ? If "Yes", specify limitations or restrictions.</i>                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Está el marino libre de cualquier condición médica que pueda verse agravada por el servicio en el mar o discapacitarle para el desempeño de tal servicio o poner en peligro la salud de otras personas a bordo?<br><i>Is the seafarer free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarers unfit for such service or to endanger the health of other person on board?</i> | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| Confirmando que he sido informado sobre el contenido del presente certificado y sobre el derecho a solicitar una revisión del dictamen, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 6 de la Sección A/9.<br><i>I hereby, confirm that I have been informed about the content of this certificate and of the right to a review in accordance with the paragraph 6 of Section A-I/9.</i>                                        | Firma de la Gente de Mar<br><i>Seafarer's Signature</i> |                                     |

|                                                                                            |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Fecha de emisión:<br><i>Date of issue (according to the clinic's medical fitness):</i>     | <b>2026-09-5</b>        |
| Fecha de expiración:<br><i>Date of expiry (according to the clinic's medical fitness):</i> | <b>2028-09-04</b>       |
| Nombre del médico reconocido:<br><i>Name of the recognized medical practitioner</i>        | <b>Varsha Amol More</b> |

Firma y sello del médico reconocido/Signature and stamp of the recognized medical practitioner.

**DR. VARSHA AMOL MORE**  
**SAILOR'S MEDICAL CLINIC**  
**NAVI MUMBAI, INDIA.**  
**RESOLUTION: DGGM-MED-IND-008**

- El original de este certificado deberá estar disponible durante el servicio a bordo.  
*The original of this certificate must be kept available while serving on board ship.*
- En caso de pérdida de este certificado, el titular debería notificar a los puertos y a la Autoridad Marítima de Panamá.  
*In case of loss of this certificate, the holder should notify ports and the Panama Maritime Authority.*
- La autenticidad de este certificado puede ser verificada contactando a la Autoridad Marítima de Panamá.  
*The authenticity of this certificate can be verified contacting the Panama Maritime Authority.*



Escanee para verificar autenticidad / Scan to verify authenticity