

DECLARACIÓN JURADA

FECHA/...../

El que suscribe, Od./a:
con Matrícula Provincial N° domicilio Real en calle
..... N°....., CP,
de la ciudad de con teléfono, celular
..... y correo electrónico
manifiesta el titular responsable del Consultorio Odontológico sito en
..... de la ciudad de encontrándose
el mismo bajo la Habilitación de Consultorio N° otorgada el
....., declara que el Od./a
con Matrícula Provincial N° ejerce la profesión odontológica en dicho
establecimiento y da veracidad de lo expuesto al firmar los involucrados al
pie de esta exposición.-

La Plata, de..... del 20.....-

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
TITULAR

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
AFECTADO

.....
AUTORIDAD DISTRITO

