



DECLARACION JURADA

El que suscribe, Dr./a: _____
con Matricula Provincial N°: _____, domicilio Real en calle:
_____ de la ciudad de: _____ y con
teléfono: _____, manifiesta ser 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 Dr./a: _____
con Matricula 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 del
Profesional Titular

.....
Firma y sello del
Profesional afectado

.....
Autoridad de Distrito

