

DECLARACION JURADA

El que suscribe, Od./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
Od./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