



Del declarante:

Lugar y Fecha:

DECLARACION JURADA

Nombre y Apellido:

Domicilio Particular:

Localidad: **Tel. Part :**

Tipo y N° de D.N.I.:

Título:

Matrícula Provincial N°:

ATENCION PROFESIONAL

Consultorio Privado

SI NO.....

Dom.:

Tel.:

Localidad:

Consultorio en: Clín/Sanat/Hosp/Ctro.

SI..... NO.....

Cuál?

Dom.

Tel:

Localidad:



DIAS Y HORARIOS DE ATENCION

.....	
.....	
.....	
.....	

APARATOLOGIA

Descripción de la aparatología:
(Características, modelo, etc.)

.....

.....

.....

Indicar con X si la misma es: 1º) propia..... 2º) compartida.....

En caso de ser compartida especificar:

.....

.....

.....

OBSERVACIONES QUE DESEE EXPONER EN LA PRESENTE

.....

.....

.....

Sello: Firma