

# DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe, Dr./a: \_\_\_\_\_

con Matrícula 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 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 del  
Profesional Titular

.....  
Firma y sello del  
Profesional afectado

.....  
Autoridad de Distrito