|  |
| --- |
| **RECURSOS HUMANOS** PROFESIONALES DE LA SALUD |
| **TITULAR / RAZON SOCIAL** |  *NOMBRE*  | **DOMICILIO** |  *DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO*  |
|
| **SERVICIO** |  *SERVICIO*  |
| **DIRECTOR TECNICO** | **NOMBRE Y APELLIDO** |  *DIRECTOR TECNICO*  | **MATRÍCULA** | *MATRICULA*  | **TITULO/****ESPECIALIDAD** |  *TITULO / ESPECIALIDAD*  |
| **NOMBRE****Y APELLIDO** | **DNI** | **TÍTULO/****ESPECIALIDAD** | **N° MATRÍCULA** | **VENCIMIENTO** | **FIRMA Y SELLO** |
|  *NOMBRE*  |  *DNI*  |  *ESPECIALIDAD*  |  *MATRICULA*  |  ***FECHA*** |  |
|  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  |
|  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  |
|  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  |
|  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  |
|  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_ \_*  |  |
| **ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA** |
|   **FIRMA Y SELLO DIRECTOR TECNICO** |