



Declaración Jurada

Matricula Nro. _____/02

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Domicilio Particular: _____ Localidad: _____

Nº Tel.: _____ Nº Celular: _____

E-mail: _____

DECLARACION DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA 2º CIRC.

Ejercicio Profesional

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	Días y Horarios de Atención

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	Días y Horarios de Atención

DECLARACION DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA 1º CIRC.

Ejercicio profesional en Consultorio Propio

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Ejercicio profesional en Consultorio de terceros

Titular del Consultorio: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Titular del Consultorio: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Ejercicio Prof. con Entes Privados (Obras Sociales – Mutuales – Prepagas – etc.)

Entidad: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Entidad: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	Teléfono	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Ejercicio Prof. en Relación de Dependencia / ad- honoren con Entes Públicos (Hospitales – SAMCO – etc.)

Ente público: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Ente público: _____

Domicilio de Consultorio	Localidad	F. de Inicio	Días y Horarios de Atención

Observaciones: En caso de que su relación laboral no esté contemplada en la presente Declaración Jurada, especifíquela, y detalle Nombre y domicilio donde desarrolla dicha actividad a continuación:
.....
.....
.....

En caso que su ejercicio en la 1ra. Circunscripción sea con una frecuencia mayor a 15 (quince) días deberá designar un profesional local quién quedará a cargo de los pacientes en su ausencia.

Declaro que durante mi ausencia quedará a cargo de los pacientes el Odontólogo
.....

Firma: Matrícula N°

Aclaración:

• Desea Recibir correspondencia en: Domicilio Particular Domicilio Profesional

Tomo conocimiento que cualquier modificación a la presente Declaración deberá ser comunicada por escrito dentro de las 48 horas de producida.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Santa Fe,/...../.....

Firma:.....

Aclaración:.....