



Declaración Jurada de Ejercicio Profesional

El/la que suscribe, en su carácter de titular del consultorio/centro odontológico sito en calle _____ de localidad de _____, Provincia de Santa Fe, **DECLARA BAJO JURAMENTO** que los siguientes Odontólogos ejercen su actividad profesional en el mismo:

| Declaración de Odontólogos que ejercen su actividad en el Consultorio | | | | |
|---|-------------------|----------------------------|---------------------------|-------|
| Matricula | Apellido y Nombre | T -Titular C - Comparte | Fecha Inicio Actividad | Firma |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Odontólogos que cesaron el ejercicio de su profesión en el Consultorio | | | |
|--|-------------------|----------------------------|-------------------------|
| Matricula | Apellido y Nombre | T -Titular C - Comparte | Fecha Cese de Actividad |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello del Titular: _____