

CERTIFICADO DE CONTROL SANITARIO

Certifico que (apellido y nombre) _____
con DNI N° _____ ha realizado su Control Sanitario
Anual requerido.

Se deriva a Especialidad o Práctica Médica: SI NO

Nombre del Establecimiento	
Código del Establecimiento	
Localidad	
Provincia	
Nombre y Apellido del Profesional Certificante	
Tipo y N° de Matrícula	
Fecha (Día/mes/año)	

.....

Firma y sello del Médico

.....

Lugar y fecha

.....

Firma y aclaración del titular

.....

D.N.I.