



DECLARACIÓN JURADA

El/La ..... que suscribe la presente, declaro bajo juramento ante la FASCOM del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Misiones, de acuerdo al Certificado Médico presentado, no pude ejercer la profesión y/o asistir a pacientes durante el lapso comprendido entre el ...../...../..... y el ...../...../....., por razones de salud, habiendo solicitado la ayuda solidaria, conforme la normativa del Fondo de Ayuda Solidaria del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Misiones (FASCOM), cuyos términos y alcances declara conocer en su totalidad.

....., ..... de .....

.....

Firma

.....

Aclaración

- Datos personales:

Nombre y Apellido: ..... M.P: .....

Dirección: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Correo electrónico: .....

Banco/Número de cuenta: .....

CBU: .....

CUIT: .....

- Datos familiar responsable:

Nombre y Apellido: .....

Dirección: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Correo electrónico: .....