

DECLARACIÓN JURADA

Por medio de la presente …………………………(Nombre del adulto responsable),doy mi consentimiento para que el afiliado …………………………………………… DNI ………………………….reciba la prestación que corresponde al tratamientode ……………………………………………………………………………………enforma virtual………………………………………………………….y que la misma se ha realizado en las fechas que indicó el profesional a cargo durante los meses de ……………………………………………………………………………………..

del año 2020.

Firma de  Padre/ Madre ó Tutor………………………………………………………….

Aclaración:……………………………………………………………………………………

D.N.I.: ………………………………………………………………………………………

Firma y sello del profesional a cargo……………………………………………………….

Lugar y fecha: ………………………………………………………………………………..