

CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD: MÉDICO/A - ODONTÓLOGO

El/la abajo firmante, Dr./Dra. …………………………….………………….MN…….……

Jefe del servicio de…………………………………………………………………………………

Establecimiento…………………………………………………………………………………..…

Dependiente de……………………………………………………………………………………..

CERTIFICA que el/la Dr./Dra./Lic. …………………………………………………………….…

Documento Nacional de Identidad N°………………………………….…………………………

CUIT/CUIL…………………………………………………………………………………………..

Ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida desde el día ……. del mes de ………..………..….. del año……….. hasta el día …... del mes de……………………. del año ……………... cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario, dentro del mencionado Servicio.

…....................................................

Firma y Sello del/la Jefe/a del Servicio

El/la que suscribe Dr./Dra./Lic. …………………………………………………………………

Director/a de ………..………………………………………………………………………………

Avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el/la Jefe/a del Servicio de ………………………………………………………………..………………..………. Dr./Dra./Lic. ……………………………………………………………………………..………….

Se extiende el presente a pedido del/la interesado/a para su presentación ante la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, para los fines previstos en el artículo 21/31 de la Ley N° 17.132; artículo 7° de la Ley N° 24.004 y Resolución MS 1549/2022, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los…….. días del mes de ………………… del año ………

……………………………………… ..………………………………..

Sello del Establecimiento Asistencial Firma y sello del/la director/a