MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

FORMULARIO A LISTADO DE RECURSO HUMANO

Establecimiento denominado:_____ Tel N°_____

Responsable Profesional o legal:_____

APELLIDO Y NOMBRE	M.P.P. Nº	PROFESION	Nº D.N.I.	FIRMA

La información antes detallada tiene carácter de declaración jurada.-

Firma y sello funcionario actuante.-

firma responsable profesional y/olegal

Fecha de recepción:……/……/……