

CERTIFICADO DE CAPACIDAD

El infrascrito doctor en Cirugía Dental: _____ , con número de Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica: _____ y con Documento Único de Identidad número: _____. Por este medio certifico que: Sr(a).o Srita. _____ , Con Documento Único de Identidad número: _____ ha laborado en: (nombre del establecimiento) _____, ubicado en _____, en las fechas comprendidas desde _____ hasta _____ con un horario: _____. Por lo tanto está capacitada para desempeñarse como: _____. Y para ser presentada a la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica en cumplimiento al Art. 30 del Código de Salud y Art. 6 numeral 7 de la Ley del Ejercicio de la Profesión Odontológica y sus actividades auxiliares.

F. _____

SELLO

