

**Señores Miembros de la Junta de
Vigilancia de la Profesión Médica
Presente.**

**Yo, _____
de _____ años de edad, con domicilio (Dirección completa),
_____ de _____ nacionalidad
_____. Solicito inscripción (provisional ó
permanente), jurando someterme y cumplir con las disposiciones del
presente Código de Salud, sus reglamentos y todas las leyes vigentes y
futuras relacionadas con la salud.**

**Autorizó a _____ con
documento Único de Identidad No. _____, extendido en
_____, para entregar esta documentación.**

San Salvador, _____ de _____ de 20____.

Firma del profesional según D.U.I.

