

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

*Yo, _____, de _____ años
de edad, con número de D.U.I. _____ - ____ y
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.*

San Salvador, _____ de _____ de 202_

Firma del profesional según D.U.I