

DECLARACION JURADA

Yo,,
identificado con DNI N°, RUC N°, y
domicilio legal en -
Distrito de....., de profesión.....,
con registro CMP N°, del Colegio Médico del Perú.

Declaro bajo mi responsabilidad:

- Que, cuento con título profesional vigente y me encuentro habilitado(a) para el ejercicio profesional ante el Colegio Médico del Perú.
- Que tengo conocimiento que en fiscalización posterior la Municipalidad verificará los datos consignados en la presente Declaración Jurada.

San Isidro,.....

.....
NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI N°

CMP N°