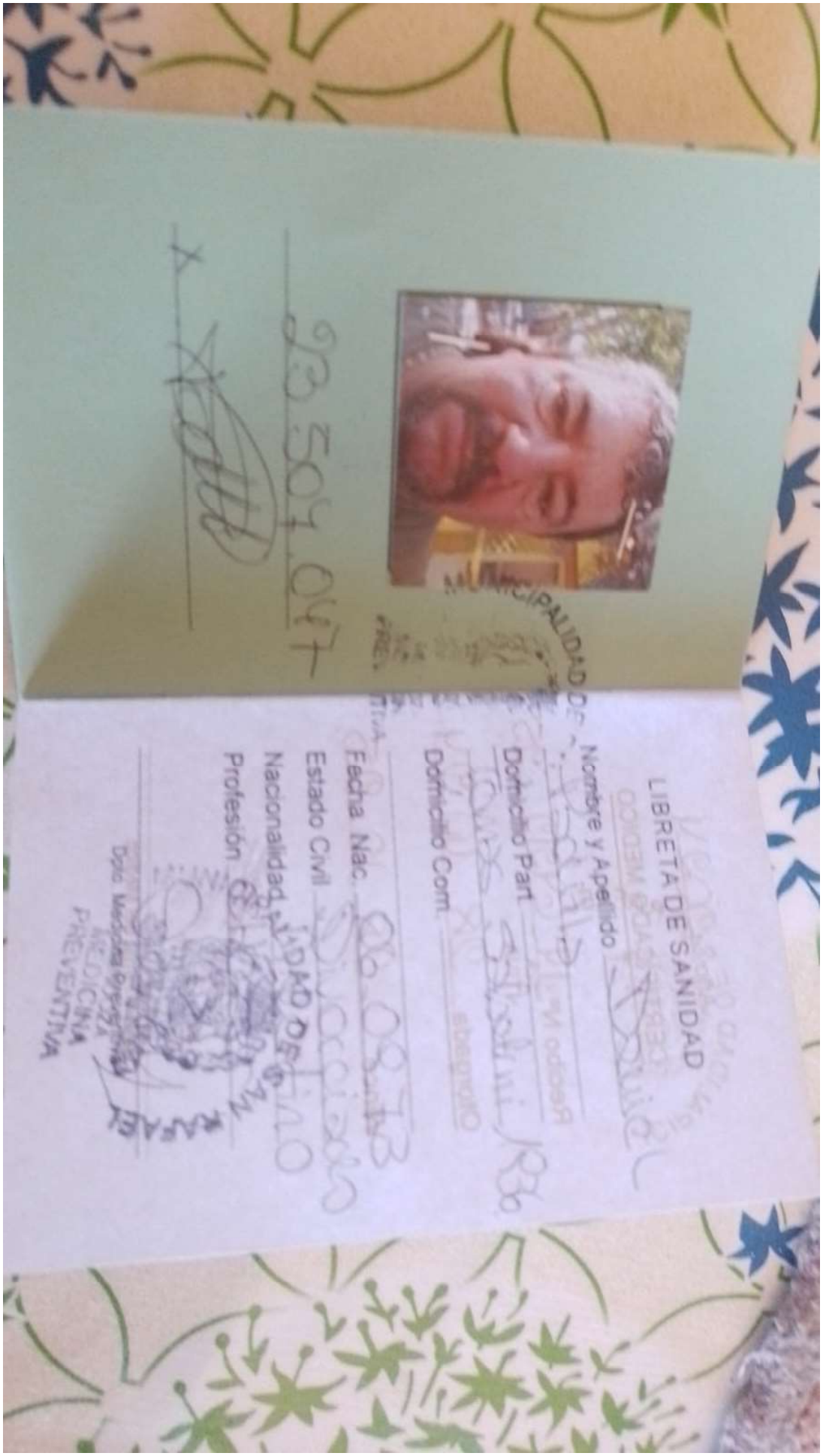

LIBRETA DE SANIDAD
Nombre y Apellido
Domicilio Part.
Domicilio Com.
Fecha Nac.
Estado Civil
Nacionalidad
Profesión
MUNICIPALIDAD DE
MEDICINA PREVENTIVA

Año 2024
CERTIFICADO MEDICO
Recibo Nº 42624212 255
Otorgada 28 10 24
Vence 28 10 25
Sello y Firma del Médico
Año
CERTIFICADO MEDICO
Recibo Nº
Otorgada
Vence
Sello y Firma del Médico