

N° _____

_____

Firma del Interesado

DATOS DEL TITULAR

Nombre y apellido: Ector Javier Farias

Edad 34 años - Nacionalidad Argentino

Estado Civil: soltero

Profesión u Oficio: Camionero

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

D.N.I. N° 35.013.811 D.M. _____

Cédula de Identidad N° _____

extendida por la Policía de _____

El examen médico debe renovarse periódicamente cada meses, sin cuya conformidad este documento carece de valor habilitante, incurriéndose en infracción que alcanza al titular y al empleado.-

Fecha 13 de Enero de 2026

MUNICIPALIDAD DOS ARROYOS MISIONES

Gerente Cesar Fabricio
Encargado de Recaudación
Firma del Secretario
Munic. Dos Arroyos Misiones.

ACTUACION DEL TITULAR				
FECHA			FIRMA PATRONAL	

HABILITACION MEDICA

Fecha del examen: 07/10/25

Certifico, que el interesado goza de buena salud

DR. ESCALANTE LUIS
MEDICO GENERAL
M.P. MO2099

Firma del Médico

HABILITACION MEDICA

Fecha del examen: .....

Certifico, que el interesado goza de buena salud

.....

Firma del Médico

HABILITACION MEDICA

Fecha del examen: .....

Certifico, que el interesado goza de buena salud

.....

Firma del Médico