Renovada el 16-3-26

Certificado nº .....

Médico Dr. .....

VALIDO HASTA .....

(SELLO)

.....

Médico

Renovada el .....

Certificado nº .....

Médico Dr. .....

VALIDO HASTA 16-3-27

(SELLO)

.....

Médico



.....

Firma interesado

Perteneciente a:: GALO CURIONES

.....

Nacionalidad: ARGENTINO

Estado civil: SOLTERO

Nacido el: 8/5/99

Domicilio: DE RIVAS 1439

Actividad:

.....

Doc. : L.E – L.C. – D.N.I:

41604736

.....

Consta e n esta sección que el poseedor de esta Libreta de Sanidad se halla exento de enfermedades transmisibles y en aptitud psicosomática para trabajar como .....

.....

Según Certificado Nº ....., expedido por

El Dr : .....

Con fecha .....

En consecuencia , se le autoriza esta Libreta válida hasta

.....

(sello)

.....

SR. PORTADOR:

EVITE SANCIONES.

RENUEVE DENTRO DE LAS 48 HS HABILESDE SU VENCIMIENTO

S.A.M.Co.
HOSPITAL
CAPITAN BERMUDEZ
Dr. Reynaldo Barrionuevo

LIBRETA DE SANIDAD

Nº 7024