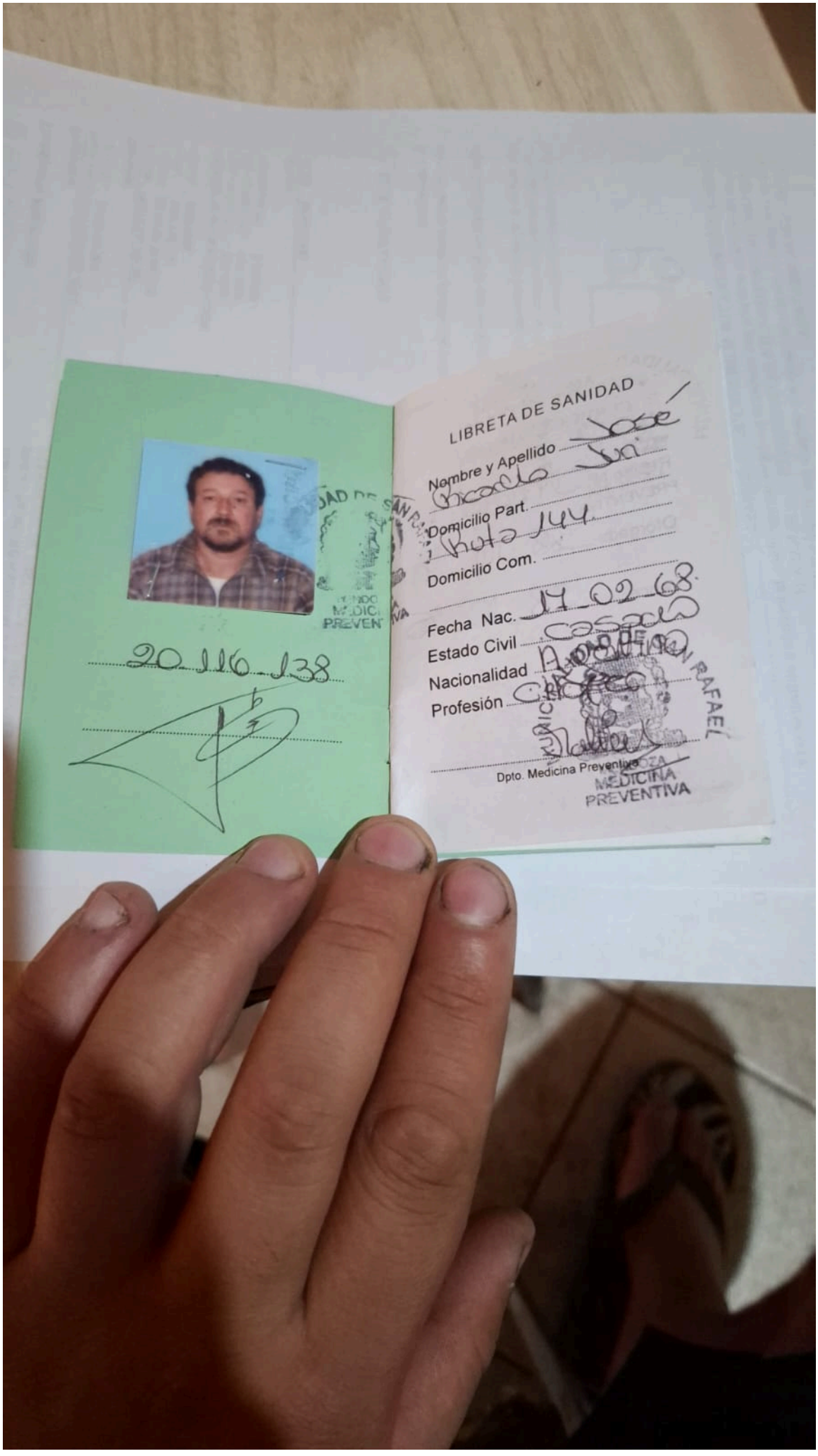

LIBRETA DE SANIDAD
Nombre y Apellido
Domicilio Part.
Domicilio Com.
Fecha Nac.
Estado Civil
Nacionalidad
Profesión
Dpto. Medicina Preventiva
MEDICINA PREVENTIVA
20.116.138


Año 2026.
CERTIFICADO MEDICO
Recibo Nº —
Otorgada 10.11.26
Vence 10.11.27
MUNICIPALIDAD DE SAN RAFAEL
MENDOZA
MEDICINA
PREVENTIVA
Sello y Firma del Médico
Año
CERTIFICADO MEDICO
Recibo Nº
Otorgada
Vence
Sello y Firma del Médico