

## CERTIFICADO DE CAPACIDAD

El infrascrito doctor en Cirugía Dental: \_\_\_\_\_ , con número de Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica: \_\_\_\_\_ y con Documento Único de Identidad número: \_\_\_\_\_. Por este medio certifico que: Sr(a).o Srita. \_\_\_\_\_ , Con Documento Único de Identidad número: \_\_\_\_\_ ha laborado en: (nombre del establecimiento) \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_, en las fechas comprendidas desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ con un horario: \_\_\_\_\_. Por lo tanto está capacitada para desempeñarse como: \_\_\_\_\_. Y para ser presentada a la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica en cumplimiento al Art. 30 del Código de Salud y Art. 6 numeral 7 de la Ley del Ejercicio de la Profesión Odontológica y sus actividades auxiliares.

F. \_\_\_\_\_

SELLO



