



INT. Alderete Salas 1037 – Catamarca – 4700

www.colodontcat.org.ar

Te/Fax: 0383- 4435093

CERTIFICADO MÉDICO POR EMBARAZO

Certifico que la Sra..... de años
D.N.I. Nº.....se encuentra embarazada desemanas de
gestación, con fecha probable de parto para el dede 20.....
para ser presentado en el Colegio odontológico de la provincia de Catamarca .

.....

LUGAR Y FECHA

.....

FIRMA Y SELLO