**Declaración Bajo la Gravedad de Juramento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de prestador independiente de la salud, me permito hacer la siguiente

**Declaración juramentada**

Declaro que presto mis servicios como Profesional Prestador Independiente desde el \_\_\_\_ de\_\_\_ del año \_\_\_\_, fecha en la cual fui habilitado para la prestación de servicios en la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente cumplo mi consultorio está ubicado en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y presto los servicios allí en horario de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas, la habilitación fue otorgada e debida forma por la Secretaría \_\_\_\_\_\_ de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.