



_____, ____/____/____

Dejo constancia que:

El/la Veterinario/a/, Médico/a Veterinario/a

.....

DNI..... Matrícula N°..... del Colegio

.....se desempeña con dedicación profesional

en el área específica de en la/s

ciudad/es de

Datos del Aval:

Nombre y apellido:

DNI:

Matrícula N°:

Colegio/Consejo profesional:

.....
FIRMA Y SELLO