

DECLARACION JURADA - RESIDUOS PATOLÓGICOS

El abajo firmante, profesional de la Kinesiología, M.P....., declara ante la Dirección de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que **NO** se generan **RESIDUOS PATOGENICOS** en el establecimiento de mi propiedad denominado..... sito en calle n°....., de la localidad de, Partido de

.....
Firma y sello