DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AFINES Y TECNOLOGÍA SANITARIA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARAGUAY | PARAGUÁI TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA | GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

NÓMINA DE PERSONAL

Nombre del Establecimiento:

Representante Legal:

Regente:

NOMBRE/S Y APELLIDO/S	CEDULA DE IDENTIDAD	N°. DE REG. PROFESIONAL	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	RESPONSABLE DEL AREA	HORARIO DE ATENCIÓN	DIAS DE ATENCIÓN

Por la presente declaro bajo Fe de Juramento que toda la información precedentemente brindada así como todas las documentaciones que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas. Asimismo que el propietario, representante legal, responsable técnico, gestor, y profesional que firma los planos no se encuentran inhabilitados o en contravención a las prohibiciones establecidas por el Art.60 de la Ley Nº 1626/00 "De la Función Pública." Esta solicitud y los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).

Firma del Rep. Legal