



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000
www.colodontcba.org.ar
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

Certificado Médico por Embarazo

Certifico que la Sra. de años
DNI N° Se encuentra embarazada de semanas
de gestación, con fecha probable de parto para el de
..... de 20

FUM: el de de 20.....

Para ser presentado en el Colegio Odontológico de la Provincia de
Córdoba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y Sello