



## CERTIFICADO DE SUPERVICENCIA

Por medio del presente CERTIFICO que el Sr/a. (Apellido y Nombres Completos):.....

quien acredita su identidad con (Tipo y número de Documento)

..... con Domicilio en la calle:

..... de la Localidad de

..... Provincia de Buenos Aires,

C.P....., ha comparecido ante mí a fin de que se acredite su existencia

y habiendo comprobado la misma se extiende el presente.

A solicitud de la parte arriba indicada, y al solo efecto de ser presentado ante la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires.

.....

(Lugar y fecha)

.....

(Firma y sello del referente de la Caja en la zona)

Sede Calle 5 N° 180 – La Plata (C.P. 1900)Teléfono: (0221) 4833426

FORM. 006