P O D E R J U D I C I A L
PROVINCIA DE MISIONES

CUERPO MÉDICO FORENSE

FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA
PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE MISIONES

NOMBRE	
DNI	
TELÉFONO	
DOMICILIO ACTUAL	
CARGO	
LEGAJO	
DEPENDENCIA	
CIRCUNSCRIPCIÓN	

CAUSAL DEL MOTIVO DE LICENCIA:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____