



Boleta de Atención Médico Veterinaria

Formulario

El suscrito Médico Veterinario, Dr.

Número de Identificación

Número de Colegiado

Correo

Dejo constancia de que me desplazo en virtud de mi ejercicio profesional como profesional en Salud y en apego a la lista de excepciones publicadas por el Gobierno de Costa Rica, para lo que apporto la siguiente información a las autoridades.

Seleccione el sector Médico Veterinario (SECTOR) **SERVICIOS PROFESIONALES VETERINARIOS**

SERVICIOS PROFESIONALES VETERINARIOS

Empresa

Teléfono

Ubicación Provincia

Zona Ruta

Domicilio del Médico Veterinario

Hora Inicio Ruta

Hora Finalización Ruta

El solicitante se desplaza de la zona de

hacia

Fecha

Placa

Vehículo marca

En razón de las condiciones exceptuantes antes señaladas se solicita a las autoridades de tránsito o policiales brindar la colaboración al portador de este documento. Puede solicitar al portador su debida acreditación (Carné del Colegio de Médicos Veterinarios o Certificación de Miembro Activo emitida por el Colegio de Médicos Veterinarios) o consultar en la lista de miembros activos el número de colegiado y la información del mismo en el sitio web oficial del Colegio de Médicos Veterinarios de Costa Rica: <https://colegioveterinarios.or.cr/colegiados.html>

BAJO FE Y GRAVEDAD DE JURAMENTO Y CON CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS LEGALES DE FALTAR A LA VERDAD, DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CIERTOS.

Firma y Número de Colegiado