



SOLICITUD DE CERTIFICADO
VERSION: 01

FECHA DE ELABORACION: 16/02/2023

_____, _____
(Ciudad y fecha)

Señores
Centro de Terapias integrales Progresar
Atn. GERENTE

Referencia: Solicitud Certificado de Terapias

Respetados Señores:

Yo, _____ identificado con _____,
en calidad de:

Padre _____ Madre _____ Hijo (a) _____ Conyugue o compañero (a) permanente _____
Titular _____ Otro _____ ¿Cuál? _____

Del (de la) paciente _____, con documento de
identidad _____, solicito a usted, previa comprobación del
respectivo parentesco la expedición de Certificado de Terapias.

El cual es requerido para:

C.C. No.

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

*La presente solicitud será tramitada en un término de 3 días Hábiles.