

**COLEGIO DE GRADUADOS EN NUTRICIÓN 2DA CIRCUNSCRIPCIÓN.**

**SEDE ROSARIO LEY 9957/13264.**

**Presidente Roca 1865- 2000. Rosario. Pcia. de Santa Fe.**

**Tel/Fax: 0341- 4822910- e-mail:** [**consultas@colegionutricionrosario.org**](mailto:consultas@colegionutricionrosario.org)

(CIUDAD), (FECHA)

Rosario, 07 de Mayo de 2020

A quien corresponda

Por la presente dejo constancia que el paciente …………………………………….., con DNI ……………………. realiza tratamiento nutricional y tiene turno el día …………….. en el horario de ……………… horas en el consultorio/centro de salud ubicado en la calle ……………………………………………. de la localidad de …………………………..

Atentamente,

………………………………………………….. …………………………………………..

Nombre y Apellido del Lic. en Nutrición Firma y Sello