



HOSPITAL
BSE
Centro de Asistencia
y Rehabilitación

**DIVISION ADTYEP
RECLAMACIONES ADTYEP
SECTOR RENTAS Y MEDICINA LEGAL**

El que suscribe, COMISARIO/JUEZ DE PAZ de la ____ sección Policial/Judicial del departamento de _____ certifica que:

el/la Sr./Sra. _____ C.I. _____

de ____ años de edad, de estado civil _____ reside en esta jurisdicción, habiendo justificado su existencia.

Nro. de Renta: _____

Para constancia se expide el presente a los ____ días del mes de _____ de 20__

Firma del funcionario

Firma del rentista o impresión digital

Firma de testigo

Firma de testigo



Hospital BSE

José Pedro Varela 3420 - C.P. 12000.1 Montevideo – Uruguay
Tel.: (598) (2) 1998