



AUTORIZACIÓN

Yo _____ mayor de edad de nacionalidad _____, titular de la C.I N° _____ por medio del presente documento declaro que en mi condición de _____ del menor de edad _____ de nacionalidad _____, manifiesto que doy mi consentimiento y autorización, para que el/la ciudadano(a) _____ mayor de edad de nacionalidad _____, titular de la C.I N° _____ en calidad de _____ del menor de edad para que tenga todo el derecho en la toma de decisión y responsabilidad sobre el tratamiento odontológico de mi representado. En Caracas a la fecha _____ días del mes de _____ del año _____.

Yo _____ mayor de edad de nacionalidad _____, titular de la C.I N° _____, declaro que en mi condición de _____ del menor de edad _____, acepto asumir completamente la toma de decisión y responsabilidad sobre el tratamiento odontológico del menor de edad otorgada a mi persona por el/la ciudadano (a) _____, mayor de edad de nacionalidad _____, titular de la C.I N° _____. En Caracas a la fecha _____ días del mes de _____ del año _____.

OTORGANTE

AUTORIZADO

FIRMA

FIRMA

Pulgar derecho

Pulgar derecho

ANEXAR: (1) Copia de la partida de nacimiento del menor de edad, (1) Copia de la Cédula de Identidad del Otorgante y (1) Copia de la Cédula de Identidad el Autorizado. Presentar todos los documentos en Original.

Año 2025-2026