

**CARTA DE CONSENTIMIENTO DE USO DE FIRMA DEL PROFESIONAL**

Señores,

Yo, SUSANIBAR CAPELO ANGIE MAGDALENA, médico cirujano identificada con el DNI 45032127, declaro bajo juramento:

Que autorizo a INNOMEDIC INTERNATIONAL E.I.R.L. con RUC 20546304761 domiciliado en Av. Canadá 1335 – 1339 Urbanización Santa Catalina, La Victoria, Lima, a hacer uso de mi firma en los documentos que impliquen el servicio de Evaluaciones Médico Ocupacionales. Asimismo, doy consentimiento de que digitalicen mi firma a fin de utilizarla en el Sistema Virtual que INNOMEDIC INTERNATIONAL E.I.R.L. emplea para brindar sus servicios.

Lima, 01 de febrero del 2021

  
 Angie M. Susanibar Capelo  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 75464