



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA MATRÍCULA

Vigencia desde el:
2018

Página 1 de 1

Señor/a Presidente del Colegio
de Kinesiólogos de Entre Ríos

SOLICITUD INGRESADA EL

DÍA	MES	AÑO

Quien suscribe, cuyos datos personales y profesionales detallo a continuación, solicito la inscripción en la Matrícula Profesional a cargo de ese Colegio, para lo cual declaro conocer y aclarar las disposiciones de las Leyes Provinciales 7.904 y 8.652, y demás reglamentos y resoluciones dictados en consecuencia.

Sin otro motivo saludo a usted muy atentamente.

LOCALIDAD	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
DÍA	MES	AÑO						
APELLIDO								
NOMBRES	FIRMA (DENTRO DEL RECUADRO)							
FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE DOCUMENTO Y NUMERO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL					
DOMICILIO PARTICULAR	C.P	CIUDAD	TELÉFONO	E- MAIL				
DOMICILIO PROFESIONAL	C.P	CIUDAD	TELÉFONO	E- MAIL				
TITULO PROFESIONAL	FECHA DE EGRESO							
UNIVERSIDAD	FACULTAD O ESCUELA							
APELLIDO Y NOMBRES DEL CONYUGE	NOMBRES DE LOS HIJOS							
EJERZO/EJERCI LA PROFESIÓN EN LA SIGUIENTE REPARTICIÓN DEL ESTADO	DESDE EL AÑO	HASTA EL AÑO						
EJERZO/EJERCI LA PROFESIÓN EN LA SIGUIENTE REPARTICIÓN DEL ESTADO	DESDE EL AÑO	HASTA EL AÑO						
SOY BENEFICIARIO DE LA SIGUIENTE OBRA SOCIAL	DESDE EL AÑO	HASTA EL AÑO						
ESTOY/ ESTUVE MATRICULADO/A EN EL SIGUIENTE COLEGIO	N° DE MATRICULA	DESDE MM AA	HASTA MM AA					

RESERVADO PARA EL COLEGIO

FECHA DE MATRÍCULA:.....
NUMERO DE MATRÍCULA:.....
FOLIO:..... TOMO:.....

N° RESOLUCIÓN BAJA:.....
N° RESOLUCIÓN REHAB:.....
CONSIDERADA EN REUNIÓN DE CD EL

DÍA	MES	AÑO