



Colegio Profesional de
Kinesiólogos y Fisioterapeutas
de la Provincia de **Mendoza**
Ley Provincial 7772/07

Paso de Los Andes 3108 – Sexta sección - Ciudad

Mendoza - (5500)

Teléfonos: (0261) 4340295 - Whatsapp: 261-6129642

Correos Oficiales : info@cokimen.com.ar - colegiokfm@gmail.com

MATRICULA VIGENTE N°

Fecha Y Sede

Actualización de Datos.

Sr/a. Presidente del **COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIOLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA.**

Solicito **ACTUALIZACION de DATOS** al Colegio profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Mendoza, en Carácter de Declaración Jurada, los que actualizaré en forma permanente.

Apellido y Nombre (DNI) _____

Tipo y Número de Documento _____ CUIL/ Cuit _____

***DOMICILIO REAL (DONDE HABITA FISICAMENTE)** Calle _____ N° _____ PISO _____

Dpto. _____ M/ C _____ Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***A FINES DE SER NOTIFICADO, DECLARO DOMICILIO LEGAL (D.N.I)**

Calle _____ N° _____ PISO _____

Dpto. _____ M/ C _____ Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***DOMICILIO LABORAL / INSTITUCION:** _____

Calle _____ N° _____ PISO _____ Dpto. _____ M/ C _____

Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***ACADEMICO:** diploma Universitario de (Titulo) _____ por la **Universidad** _____

*** MATRICULA ANTERIOR N°** (es en caso de haber pasado de Klgo. a Lic.) _____

DECLARO así mismo, bajo JURAMENTO que (1) _____

(1): Declarar Si le Afectan o No, las CAUSALES DE INHABILIDAD establecidas por el ART. 6 de la LEY 7.772 (motivo)

(2) _____

(2): Si se encuentra Inscripto en la CAJA DE LA PREVISION para Profesionales del Arte de Curar – Ley 6.728

Firma y Aclaración