



GOBIERNO DE
MENDOZA



COLEGIO DE KINESIÓLOGOS
MENDOZA. ARGENTINA
LEY PROV. NRO 7.772

SOLICITUD DE CANCELACION

Mendoza,..... de.....20.....

Ministerio de Salud - Departamento de Matriculaciones

A través de Presidente del Colegio Profesional de Kinesiólogos de Mendoza

Por la presente me dirijo a UD. a los efectos de solicitar la **CANCELACION** de la matrícula de mi TÍTULO de....., inscripta bajo el N°..... por los motivos que a continuación expongo:

.....
.....
.....

Sirva de atenta nota.

❖ Se adjunta fotocopia del DNI y matricula

DNI:

TEL:

CORREO:

FIRMA:

ACLARACION:

COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIÓLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

SEDE CENTRAL:
PASO DE LOS ANDES 3108 ESQ. FADER
T/C: 4340295 / 2616129642
6TA SECCIÓN - CIUDAD DE MENDOZA

SEDE SUR
ESPAÑA 70 CASI ESQ. BERNARDO DE IRIGOYEN
T: 0260 4420607
SAN RAFAEL - MENDOZA

✉ colegiokfm@gmail.com
www.cokimen.com