



AVAL PROFESIONAL

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

Quién suscribe, (Nombre y Apellido según DNI)

DNI....., Inscripto como..... M.P N°:.....

con vencimiento el/...../....., domiciliado en.....

.....;

AVALA a..... DNI....., quién solicita

matricularse como para desempeñarse en el ámbito de la
provincia de Mendoza.

.....

Firma y aclaración

Este documento reviste carácter de declaración jurada y sólo tendrá validez si es acompañado de:

Fotocopia de DNI de quién avala donde conste el domicilio;

Fotocopia de certificado de matrícula y/o credencial habilitante

COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIÓLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

SEDE CENTRAL:

PASO DE LOS ANDES 3108 ESQ. FADER
T/C: 4340295 / Whapp: +54 9 261 612-9642
6TA SECCIÓN - CIUDAD DE MENDOZA

✉ sedecentral@cokimen.com ✉ colegiokfm@gmail.com

SEDE SUR

LAS HERAS 430
Cel/ Whatsapp: 260 4603508
SAN RAFAEL - MENDOZA

✉ sedesur@cokimen.com