



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 / 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