



GOBIERNO DE
MENDOZA



COLEGIO DE KINESIÓLOGOS
MENDOZA. ARGENTINA
LEY PROV. NRO 7.772

SOLICITUD DE MATRÍCULA DUPLICADO

Mendoza, de Año.....

AL CONSEJO DIRECTIVO
DEL COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIOLOGOS
MENDOZA
S _____ / _____ D

El / La que subscribe

Apellido y Nombres (DNI):

Fecha de Nacimiento: Cuil.:/...../.....

Nacionalidad:Teléfonos:/.....

E- mail:

Domicilio real (DNI) - Calle:.....N°:

Torre: Piso: Dpto: Barrio:

Manzana: Casa: Localidad:

Departamento: de la Provincia:..... C.P.:

Solicita a quién corresponda, la **COPIA DUPLICADA** de mi **MATRÍCULA** bajo el **TÍTULO** de:.....

Emitido por la **UNIVERSIDAD**: **N° MAT**:

Fecha de Matricula - Desde:/...../..... **Fecha de Vencimiento**:...../...../.....

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

Solicita duplicado de Credencial SI NO (dejar visible la opción que sí quiere, tachar la que no corresponda).

Recuerde, de solicitar la credencial (plástico) por Duplicado Tiene Costo.

Declaro bajo juramento no encontrarme inhibido por sentencia judicial para el ejercicio de la profesión y que los datos consignados son totalmente veraces.

Atentamente.-

Firma y Aclaración

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