



GOBIERNO DE  
MENDOZA



COLEGIO DE KINESIÓLOGOS  
MENDOZA. ARGENTINA  
LEY PROV. NRO 7.772

SOLICITUD DE MATRÍCULA  
**RENOVACION**  
Vigente

SEÑOR/A

MINISTRO DE SALUD

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Mendoza, ..... de ..... Año.. .....

El / La que subscribe

Apellido y Nombres (DNI): .....

Fecha de Nacimiento: ..... D.N.I..... /Cuil.: .....

Nacionalidad: .....Teléfonos: ...../.....

E- mail: .....

Domicilio real (DNI) - Calle:.....N°: .....

Torre: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Barrio: .....

Manzana: ..... Casa: ..... Localidad: .....

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

Solicita al Sr. Ministro y por su intermedio a quién corresponda, la inscripción de mi **Título**/certificado

de: .....

Fecha de egreso: ..... Fecha de expedición del título/certificado: .....

Institución que lo otorga: (Universidad) .....

Con Matricula N° :..... Otorgada (fecha): .....Hasta: .....

**Para el caso de cambio de domicilio y dentro de los 10 días hábiles producido, lo comunicará personalmente al Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Mendoza.**

**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](mailto:colegiokfm@gmail.com)

[www.cokimen.com](http://www.cokimen.com)