



Colegio Profesional de
Kinesiólogos y Fisioterapeutas
de la Provincia de Mendoza
Ley Provincial 7772/07



SEDE CENTRAL

Paso de Los Andes 3108 - Ciudad - Mendoza

Teléfonos: (0261) 4340295

E-mail: sedecentral@cokimen.com / colegiokfm@gmail.com

SEDE SUR

Las Heras 430 - San Rafael - Mendoza

E-mail: sedesur@cokimen.com

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

| | | |
|-------------|--------------------|-----------------------|
| DELEGACION: | FECHA INSCRIPCION: | MATRICULA VIGENTE N°: |
|-------------|--------------------|-----------------------|

Sr./Sra Presidente del **COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIOLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA**: Solicito mi inscripción y Colegiación. Y por su intermedio, ante el Ministerio de Salud de Mendoza, obtener/formalizar Matrícula Habilitante para el Ejercicio de la Profesión. A este efecto consigno, mis datos personales en Carácter de Declaración Jurada, los que actualizaré en forma permanente.

Apellido(s) _____

Nombre(s) _____

Tipo Documento _____ Número _____ Cuil/ Cuit _____

Fecha de Nacimiento _____ Provincia/Localidad _____ País _____

Apellido y Nombre del Padre _____

Apellido y Nombre de la Madre _____

***DOMICILIO REAL (DONDE HABITA FISICAMENTE)**

Calle _____ N° _____ PISO _____ Dpto. _____ M/ C _____

Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***A FINES DE SER NOTIFICADO, DECLARO DOMICILIO LEGAL (D.N.I)**

Calle _____ N° _____ PISO _____ Dpto. _____ M/ C _____

Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***DOMICILIO LABORAL / INSTITUCION:** _____

Calle _____ N° _____ PISO _____ Dpto. _____ M/ C _____

Localidad/Barrio _____ Departamento _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfonos _____ - _____ E-mail _____

***ACADEMICO:** Presento el diploma Universitario de _____

Legalizado, expedido con fecha ____/____/____ por la **Universidad** _____

***PROFESIONAL: MATRICULA ANTERIOR** N° _____ Titulo anterior _____ Fecha _____

DECLARO así mismo, bajo JURAMENTO que (1) _____

(2) _____

(1): Declarar Si le Afectan o No, las CAUSALES DE INHABILIDAD establecidas por el ART. 6 de la LEY 7.772 (motivo)

(2): Si se encuentra Inscripto en la CAJA DE LA PREVISION para Profesionales del Arte de Curar – Ley 6.728

Firma y Aclaración