



**GOBIERNO DE
MENDOZA**



COLEGIO DE KINESIÓLOGOS
MENDOZA. ARGENTINA
LEY PROV. NRO 7.772

AVAL PROFESIONAL

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

Quién suscribe, (Nombre y Apellido según DNI).....

DNI....., Inscripto como (Título Profesional).....

M.P N°:..... con vencimiento el/...../.....

Domiciliado en.....

AVALA

A (Nombre del Profesional que presenta Trámite):

DNI....., quién solicita matricularse como (Título Profesional)

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/F: 0261-8048409 / 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