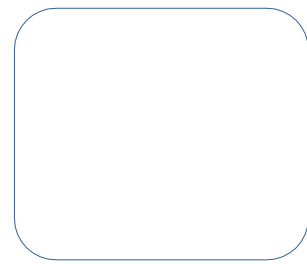




Colegio Profesional de
Kinesiólogos y Fisioterapeutas
de la Provincia de Mendoza
Ley Provincial 7772/07



SEDE CENTRAL

Paso de Los Andes 3108 - Ciudad - Mendoza

Teléfono fijo: (261) 8048409

E-mail: sedecentral@cokimen.com

SEDE SUR

Las Heras 430 - San Rafael - Mendoza

Celular: (260) 4603508

E-mail: sedesur@cokimen.com

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DELEGACIÓN:	FECHA INSCRIPCIÓN:	MATRÍCULA 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** _____

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

Calle _____ **Nº** _____ **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 _____ **Nº** _____ **PISO** _____ **Dpto.** _____ **M/ C** _____

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

Teléfonos _____ - _____ **E-mail** _____

***DOMICILIO LABORAL / INSTITUCIÓN:** _____

Calle _____ **Nº** _____ **PISO** _____ **Dpto.** _____ **M/ C** _____

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

Teléfonos _____ - _____ **E-mail** _____

***ACADEMICO:** Presento el diploma Universitario de (Título) _____

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

***PROFESIONAL: MATRÍCULA ANTERIOR** N.º _____ Título anterior _____ Fecha _____ (en caso de corresponder)

DECLARO así mismo, bajo JURAMENTO que (1) _____

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

Firma y Aclaración