

## SOLICITUD DE MATRICULA PROFESIONAL

NUEVA

REMATRICULACION

SUBTITULO A

SUBTITULO B

Fecha: \_\_\_\_\_

A la Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Kinesiólogos  
y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba  
De mi consideración:

En mi carácter de profesional universitario de la especialidad, solicito a Ud. mi inscripción a la institución, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Provincial N° 7528 (Art. 1). (Art. 5), (Art. 9).:

Nombre del peticionante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Expedido por: \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Tel. Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Autoridad de la Regional

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

## SOLICITUD DE MATRICULA PROFESIONAL

### Datos a completar por el Colegio Profesional:

Inscripción ...../...../..... Fecha: Día..... Mes..... Año.....

Acta: ..... Folio N° .....

Observaciones: .....

Regional N°  N° M.P.

### Datos complementarios:

Domicilio alternativo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Datos de conyuge o familiar:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aportes Jubilatorios N°: \_\_\_\_\_ Caja de Previsión: \_\_\_\_\_

### Se encuentra:

a) Al día con la Caja de Previsión de los Profesionales de la Salud SI-NO

b) Acogido a la moratoria SI-NO

Dirección General Impositiva N°: \_\_\_\_\_

Registro de I.N.O.S: \_\_\_\_\_ de fecha: \_\_\_\_\_

**GABINETE PROFESIONAL:** Cumple con los requisitos mínimos que establece el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Decreto N° 2323) y el Colegio Profesional.

### Títulos Profesionales:

A) \_\_\_\_\_

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_

B) \_\_\_\_\_

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE MATRICULA PROFESIONAL

Actividad Docente: \_\_\_\_\_

Actividad de Investigación: \_\_\_\_\_

Actividad Gremial: \_\_\_\_\_

### EJERCICIO DE LA PROFESIÓN CON RELACIÓN DE DEPENDENCIA

A) Repartición: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

B) Repartición: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** La solicitud de ingreso reviste carácter de declaración jurada, por lo tanto todo dato inexacto será pasible de sanción o falta punible por la Junta de Gobierno del Colegio Profesional o el Tribunal de Ética y Disciplina, toda modificación cualquiera de los datos declarados deben ser comunicadas de inmediato y por escrito. Los mismos quedan a verificación y auditoría.

#### INSTRUCCIONES:

- a) Llenar los datos solicitados con letra clara e imprenta.
- b) Si es necesario agregar más datos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente del  
Colegio Profesional