



**Colegio de Fonoaudiólogos de
La Provincia de Buenos Aires**

**Consejo Superior
LEY 10.757**

Av. 38 N° 997 esq. 15 | Tel.: (0221) 422-4088 – (1900) La Plata – Bs. As.
E-mail: secretariacofoba@gmail.com | web: www.cfba.org.ar

REGIONAL: _____ N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL: _____

Sr. Presidente del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires:

Me dirijo a Ud. a los fines de solicitar la respectiva actualización de mi Título Profesional de:

Fonoaudiólogo a Licenciado

Licenciado a Doctor

Otorgado por:.....

Apellido: Nombres:

Domicilio Real: N°.....

Teléfono Fijo: (.....)..... Teléfono Celular: (.....).....

Partido: Localidad: (CP.....)

E-mail:

Domicilio Profesional: N°.....

Teléfono: (.....).....

Partido: Localidad: (CP.....)

SE ADJUNTA OBLIGATORIAMENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Fotocopia Autenticada del Diploma Original;
- La Credencial otorgada por el Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- En caso de extravío de la Credencial deberá adjuntar Declaración Jurada que se encuentra en la Web.
- En caso de no poder acercarse a la Sede de Consejo Superior (**Lun a Vie de 9 a 14 hs.**), se solicita 1 (una) foto digital de frente con fondo blanco. **Enviarla** a secretariacofoba@gmail.com o a la Regional que le corresponda.

Firma