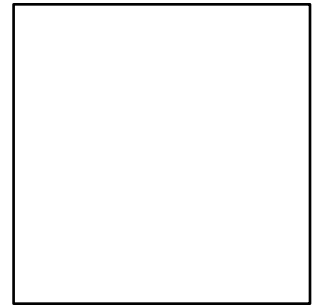




**Colegio de Fonoaudiólogos de
La Provincia de Buenos Aires**

**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: _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

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

Solicito mi inscripción en la matrícula del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires y a esos efectos consigno mis datos personales:

Apellido: Nombres:

Nacionalidad:

Hijo de Sr.: Hijo de Sra.:

Estado Civil (si fuera casado, nombre del cónyuge):

Lugar de nacimiento: ciudad: Provincia: Fecha: ___/___/___

Domicilio Real N°

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

E-mail: Teléfono celular:

Domicilio Profesional N°

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

Presento el Título Profesional, legalizado, expedido con fecha ___/___/___ Resol. Minist. N°

Fonoaudiólogo por

Licenciado por

Doctor en Fonoaudiología por

Y acredito mi identidad con

CUIL/CUIT N° Expedida por

Asimismo declaro Bajo Juramento que las causales de inhabilidad establecidas por el art. 42 de la Ley 10.757 no me afectan.

Saludo a Ud. muy atentamente.

Firma