



**De Fonoaudiólogos
De la Provincia de Buenos Aires**

Av. 38 N° 997 esquina 15 Tel:(0221) 4224088 – 1900 La Plata
secretariacofoba@gmail.com

Solicitud Traslado de Regional

Regional Actual:	MATRICULA:
------------------	------------

Señor Presidente del Colegio de Fonoaudiólogos
De la Provincia de Buenos Aires

Solicito mi traslado de la Regional.....

.....a la Regional..... del Colegio de Fonoaudiólogos

de la Provincia de Buenos Aires por motivos....., y a esos

efectos mis datos personales:

Apellido:.....

Nombre:

Domicilio Real Actual

.....N°.....

Partido.....Localidad.....(C.P.....)

Teléfono..... TEL. Celular.....

E-mail.....

Domicilio Profesional Nuevo

.....N°.....

Partido.....Localidad.....(C.P.....)

Teléfono..... TEL. Celular.....

Firma.....

Aclaración.....

LC/D.N.I.....