



SOLICITUD DE INSCRIPCION CONVENIO RECIPROCIDAD

Apellido: _____ Nombres: _____
 Documento N°: _____ Tipo Documento: DNI LE LC DU ,
 Fecha de Nacimiento: / / Lugar de Nacimiento: _____
 Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 CUIT/CUIL: _____ Tipo de Contribuyente: _____
 Domicilio real: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Barrio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
 Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____
 E-mail: _____
 Título: _____ Plan: _____
 Expedido por: Facultad: _____
 Universidad: _____
 Fecha: Diploma: / / , o Certificado: / /

A los efectos del Art. 21° de la Ley N° 11291, declara que a la fecha SI NO ,
 desempeña los siguientes cargos públicos:

El que suscribe, declara bajo juramento no estar afectado por las causales de inhabilitación para el ejercicio profesional y de conocer las normas legales, su reglamentación, estatutos, normas complementarias, código de disciplina y ética profesional, resoluciones emanadas del Colegio y de las condiciones de su matriculación.

Santa Fe, fecha

 FIRMA EMPLEADO

 FIRMA DEL PROFESIONAL

 FIRMA SECRETARIO

 FIRMA PRESIDENTE

Registrado bajo el N° el de de 20.....