



Colegio de Terapistas Ocupacionales 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe

CONSEJO DIRECTIVO

COLEGIO DE TERAPISTAS OCUPACIONALES

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SEGUNDA CIRCUNSCRIPCION

S _____ / _____ D

REF: SOLICITA MATRICULACION

Quien suscribe

..... (nombre, apellido, DNI, domicilio real y título profesional), constituyendo domicilio legal en
solicita al Consejo Directivo del Colegio de Terapistas Ocupacionales de la Provincia de Santa Fe Segunda Circunscripción la matriculación de conformidad al trámite previsto en los artículos 21, 22, 23 siguientes y concordantes de la Ley Provincial N° 13.220.

Declaro bajo juramento no estar comprendida/o por las incompatibilidades e inhabilidades vigentes, como asimismo la veracidad de la documentación e información suministrada.

A sus efectos acompaña la siguiente documentación: fotocopia de título habilitante; fotocopia de DNI, Certificado de buena conducta y dos fotos carnet.

Firma:

Aclaración:

DNI: