



**COLEGIO
DE FONOAUDIÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Av. 38 N° 997 esq. 15 - Tel: (0221) 422-4088 - 1900 La Plata
E-mail: secretariacofoba@gmail.com



SOLICITUD DE INSCRIPCION

REGIONAL	MATRICULA N°
----------	--------------

Señor 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 Don:

Hijo de Doña:

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

Domicilio Profesional N°

Teléfono: Partido: Localidad: (CP

Presento el Título profesional, legalizado, expedido con fecha / /

Fonoaudiólogo por

Licenciado por

Doctor en Fonología por

(1) Y acredito mi Identidad con Libreta Cívica / DNI N°

CUIL/CUIT N° Expedida por

(2) Declaro asimismo bajo juramento:

(1) Tachar lo que no corresponda

(2) Declarar si se afectan o no las causales de inhabilidad establecidas por el artículo 42 de la Ley 10.757

Art. 42. Están inhabilitados para el ejercicio profesional:

a) Los condenados por la Comisión de Delitos, mientras dure la condena.

b) Los condenados a pena de inhabilitación profesional mientras dure la misma.

c) Los fallidos o concursados mientras no fueren rehabilitados.

d) Los excluidos definitivamente o suspendidos del ejercicio profesional en virtud de sanción disciplinaria mientras dure la misma.

Saludo a Ud. muy atentamente.

.....
Firma