



REGIONAL  NUMERO DE MATRICULA

**APELLIDO**

**NOMBRES**

DOCUMENTO: TIPO  NUMERO

FECHA DE NACIMIENTO  LOCALIDAD

TITULO DE POSGRADO

OTORGADO POR LA FACULTAD

UNIVERSIDAD  FECHA TITULO

**ESPECIALISTA EN:**

DOMICILIO PROFESIONAL

Calle  No.  Piso  Dpto.

Localidad  Provincia

Caracterist. T.E.  No. de Telefono  Codigo Postal

DOMICILIO PARTICULAR

Calle  No.  Piso  Dpto.

B°  Localidad  Provincia

Caracterist. T.E.  No. de Telefono  Codigo Postal

DOMICILIO LEGAL EN LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS - ART 11° - INC. 3) LEY N° 8317(\*)

Calle  No.  Piso  Dpto.

Localidad  Provincia

Caracterist. T.E.  No. de Telefono  Codigo Postal

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO

Particular

Laboral

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS, COMO ASI TAMBIEN NO ENCONTRARME INHABILITADO/A O INCAPACITADO/A PARA LA OBTENCION DE LA ESPECIALIDAD, ACEPTANDO LAS COMPROBACIONES QUE PUDIERE EFECTUAR EL COLEGIO.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROFESIONAL