



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