



COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

AV. GÜEMES (o) N° 210 – CP (4700) Catamarca – Cel.: (383)4642402

–www.colegiomedicocat.com.ar

E-mail: colmecat@hotmail.com



San Fernando del Valle de Catamarca.....

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

.....
S/D

EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA MEDIRIJO A UD. A LOS FINES DE
SOLICITARLE ORTORGAR / RENOVAR EL EJERCICIO DE LA PRACTICA MÉDICA O
CALIFICACIÓN AGREGADA
A TAL FIN ACOMPAÑO DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, ABONANDO LOS
CORRESPONDIENTES ARANCELES, CON FACTURA N°.....

APELLIDO Y NOMBRES.....

DNI.....NACIMIENTO..... LUGAR.....

DOMICILIO:

CELULAR..... MAIL.....

ESTADO CIVIL..... CUIL:

MAT. PROF N°..... M.E N°.....

LUGAR DE TRABAJO

Declaro bajo juramento que los datos personales y la documentación detallada precedentemente, cuyas copias se acompañan como anexo al presente formulario, es auténtica y acredita antecedentes reales de origen DEMOSTRABLE. Presto entera conformidad a exhibir los originales de la documentación aportada, durante cualquier instancia, ante el requerimiento del Consejo Directivo del Colegio de Médicos de Catamarca. Asimismo, declaro conocer que todo el contenido del presente formulario reviste el carácter de declaración jurada. Que cualquier falsedad, tanto de la documentación aportada como de los datos de información brindada, dará lugar a la exclusión de mi persona del presente proceso de Autorización /Renovación de la Práctica médica o Calificación Agregada.

FIRMA.....ACLARACIÓN.....

RECIBIDO Y EVALUADO POR.....

FECHA...../...../.....

AUTORIZADO REUNION CONSEJO DIRECTIVO

FECHA:/...../...