



COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

Av Guemes (O) 210 – CP (4700) Catamarca – Tel.: (0383)4429349 –

www.colegiomedicocat.com.ar

E-mail: colegio@colegiomedicocatamarca.org

San Fernando del Valle de Catamarca.....

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

.....
S/D

EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA ME DIRIJO A UD. A LOS FINES DE
SOLICITARLE LA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION DE MEDICO A
TRAVES DE OTORGARME LA MATRÍCULA PROFESIONAL PROVINCIAL DEFINITIVA DE
MÉDICO

A TAL FIN ACOMPAÑO DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, ABONANDO LOS
CORRESPONDIENTES ARANCELES FACTURA N°.....

APELLIDO Y NOMBRES.....

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

DOMICILIO: TEL

CELULAR..... MAIL:

ESTADO CIVIL..... CUIL:

UNIVERSIDAD DONDE SE RECIBIÓ.....

LUGAR ENTREGA DE TÍTULO..... FECHA FINALIZO.....

FECHA ENTREGA TÍTULO..... LIBRO.....FOLIO.....

FORMA DE PAGO PARA MANTENIMIENTO DE LA MATRICULA.....

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 pedido de matrícula profesional.

FIRMA..... ACLARACIÓN.....

RECIBIDO Y EVALUADO POR:.....

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

AUTORIZADO REUNION CONSEJO DDIRECTIVO

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