



Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba

(Ley 6515)

LIMA 1351 TEL. 452-1962 /152 447604 0351-451-4008 B° GRAL. PAZ X5004FQQ CÓRDOBA
E-MAIL: administracion@covetcba.com.ar

LUGARY FEGHA

Sr. PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. solicitando el otorgamiento de la Matrícula para el ejercicio de mi profesión en el ámbito de la Provincia de Córdoba, haciendo constar los siguientes datos:

APELLIDO NOMBRES

LE./L.C./D.N.I..... NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

LOCALIDAD DONDE NACIÓ PCIA.....

ESTADO CIVIL..... N° DE HIJOS

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE N°..... PISO DPTO

LOCALIDAD CÓD. POSTAL TEL.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

EGRESADO DE LA UNIVERSIDAD EN LA

FECHA.../...../..... CON EL TITULO DE

• FECHA DE LEGALIZACIÓN/...../.....

LOCALIDAD DONDE SE DESEMPEÑARA DPTO.....

DIRECCIÓN TÉCNICA **VETERINARIA:** **CONSULTORIO:** **OTROS**

DOMICILIO PROFESIONAL, CALLE N°

LOCALIDAD DPTO.....

AREA EN LA QUE EJERCERÁ.....

¿Se encuentra matriculado en otro Colegio o Consejo Profesional?.....

Indicar cual y N° de Matrícula

Declaro conocer las disposiciones de la Ley 6515/81 y Dec. 3024/84 y sus modificatorias y el Código de Ética del Colegio comprometiéndome al fiel cumplimiento de los mismos y de todas las Resoluciones emanadas del colegio.

Saluda a Ud. muy atentamente:

FIRMA DEL PROFESIOANAL SOLICITANTE

ACALRACIÓN