



Colegio de Psicopedagogos de Santa Fe -1era Circunscripción- Ley 9970

1° de mayo 3065 (S3000FKQ) Santa Fe
Tel/Fax: (0342) 4528086/4528123
psicopedagogossantafe@fibertel.com.ar
www.psicopedagogossantafe.org

SOLICITUD DE MATRÍCULA PROFESIONAL

Lugar y Fecha: , / / .

AL/A PRESIDENTE

.....

De conformidad con el Art. 8 inc. a) de la Ley 9970, solicito mi INSCRIPCIÓN / REHABILITACIÓN en la matrícula profesional, declarando bajo juramento a este fin, los siguientes datos personales y de mi título.

❶ DATOS PERSONALES:

- ♦ Apellidos:..... ♦ Nombres:.....
- ♦ DNI:..... ♦ Nacionalidad:.....
- ♦ Estado Civil:..... ♦ Conyugue:.....
- ♦ Nombre del Padre:..... ♦ Nombre de la Madre:.....
- ♦ Domicilio:..... ♦ Nº..... ♦ Piso:..... ♦ Dpto.:.....
- ♦ Localidad:..... ♦ C.P.:..... ♦ Departamento:.....
- ♦ Teléfono: ☎ Fijo:..... ① Móvil:.....

❷ DATOS DE NACIMIENTO:

- ♦ Provincia:..... ♦ República:.....
- ♦ Localidad:..... ♦ Departamento:.....
- ♦ Fecha (coloque dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año): / / .

❸ DATOS DE TITULACIÓN:

Acompaño a la presente solicitud el título de....., otorgado por la....., el día.....de de.....

A la espera de una respuesta favorable al presente pedido, le saluda cordialmente.

Firma

Aclaración