



ANEXO REGISTRO DE PREINSCRIPCIÓN

Este formulario debe ser confeccionado de puño y letra (LEGIBLE) exclusivamente por EL PROFESIONAL.-

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

C.U.I.T. N°: _____

TÍTULO: _____

ESPECIALIDAD: _____

AÑOS DE EJERCICIO EN LA PROFESIÓN: _____

SUBESPECIALIDAD: _____

AÑOS DE EJERCICIO DE LA SUBESPECIALIDAD: _____

GRADUADO EN _____

MATRICULA PROVINCIAL N°: _____ VENCIMIENTO: ____/____/____

MAIL: _____

(Debe consignar una dirección de correo electrónico dado que se solicitará la presentación de la documentación por este medio, debiendo notificar toda vez que el mismo sea modificado)

DOMICILIO REAL: _____

TELEFONO CELULAR: _____

LUGAR DE ATENCIÓN: _____

(Nombre de Centro/Sanatorio/Consultorio de atención)

DOMICILIO/S DE ATENCIÓN: _____

TELÉFONO DEL DOMICILIO PROFESIONAL: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados.

FIRMA Y SELLO: _____

La presentación de la planilla, no implica aceptación a la solicitud de incorporación.