Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba

(LEY 6515)

LUGARY FEGHA_____

Sr. PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

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_____

Cuit/Cuil D.N.I_____ Nacionalidad_____

Fecha de Nacimiento____/_____/_____ Localidad donde Nació_____

Provincia_____Estado Civil_____

N°de Hijos_____Domicilio Particular: Calle _____N° _____

Piso_____Departamento_____Localidad_____

C.P(_____) Tel Móvil_____ Tel Alternativo_____

Correo electrónico Electrónico_____

Egresado de La Universidad_____ Fecha__/____/_____con el Título

de_____Fecha de Legalización__ /____/_____

Localidad donde se Desempeñará_____Departamento_____

bajo el Área ´de: Dirección Técnica ☐ Veterinaria ☐ Consultorio ☐ Otros ☐

Domicilio Profesional: Calle _____ N°____Localidad_____ Dpto_____

¿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_____ Aclaración_____

Lima 1351 - (X5004FQQ) -Córdoba- Argentina- administracion@covetcba.com.ar - Tel 0351-4521968