Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba

(LEY 11076)

Llenar el formulario digitalmente, luego imprimir y firmar (no se aceptarán formularios a mano)

Lugar y Fecha: .....

Al Sr. Presidente del Consejo Directivo del Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba:

Quien suscribe solicita la inscripción en la matrícula profesional del Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba, a los fines de ejercer la profesión en el ámbito de la Provincia, y declara los siguientes datos:

I. DATOS PERSONALES

Apellidos: ..... Nombres: …….....

Tipo y N° de documento: ..... CUIL/CUIT: .....

Nacionalidad: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Lugar de nacimiento: ..... Provincia: .....

Estado civil: ..... Número de hijos: .....

II. DOMICILIO REAL Y DATOS DE CONTACTO

Domicilio real: ..... Número: .....

Barrio: ..... Piso: ..... Departamento: ..... Código postal: …….....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono celular: ..... Teléfono alternativo: .....

Correo electrónico: …..

III. CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ESPECIAL

A los efectos de las relaciones jurídicas y administrativas con el Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba, constituyo domicilio especial en el siguiente:

Domicilio real: ..... Número: .....

Barrio: ..... Piso: ..... Departamento: ..... Código postal: …….....

Localidad: ..... Provincia: .....

Declaro que el domicilio especial precedentemente consignado es el que elijo para recibir las comunicaciones, intimaciones, requerimientos y notificaciones que correspondan en el marco de mi relación con el Colegio, sin perjuicio de las formas y los requisitos de notificación establecidos por la normativa aplicable.

Me comprometo a comunicar fehacientemente al Colegio cualquier modificación de dicho domicilio y a mantener actualizados los datos registrados. Hasta tanto se informe y registre un nuevo domicilio, el Colegio podrá continuar utilizando el último domicilio especial declarado, en la medida en que ello resulte admisible conforme a la normativa aplicable.

Tomo conocimiento de que la constitución de este domicilio tiene por finalidad facilitar las comunicaciones institucionales y documentar el domicilio elegido a esos efectos, sin perjuicio de las reglas específicas que rijan la validez y eficacia de las notificaciones administrativas o judiciales.

IV. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Universidad que expidió el título: .....

Título profesional obtenido: .....

Fecha de egreso: ...../...../..... Fecha de expedición del título: ...../...../.....

Estado de la documentación académica:

☐ Título definitivo.

☐ Certificado de título en trámite.

☐ Otra documentación académica admitida por el Colegio: .....

Fecha de legalización o validación, cuando corresponda: …..

V. INSCRIPCIÓN EN OTROS COLEGIOS O CONSEJOS PROFESIONALES

¿Se encuentra matriculado/a en otro Colegio o Consejo Profesional? ☐ Sí. ☐ No.

En caso afirmativo, indique:

Institución: .....

Provincia o jurisdicción: .....

Número de matrícula: ..... Estado de la matrícula: .....

VI. DATOS PARA BENEFICIOS, SUBSIDIOS Y COBERTURAS

Los datos consignados en este apartado podrán ser utilizados para la evaluación y gestión de los beneficios, subsidios y coberturas que correspondan, de acuerdo con los requisitos, reglamentos y condiciones aplicables.

¿Solicita información o evaluación para acceder a beneficios, subsidios o coberturas?

☐ Sí. ☐ No.

Observaciones, si correspondiera: .....

.....

La información declarada en este apartado no sustituye la documentación respaldatoria que pudiera requerirse para acceder a una prestación determinada.

VII. DECLARACIÓN JURADA Y COMPROMISO PROFESIONAL

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente solicitud son completos, exactos y veraces, y que la documentación acompañada corresponde a los antecedentes invocados para solicitar mi inscripción en la matrícula profesional del Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Córdoba.
Declaro conocer la Ley Provincial N.º 11.076, el Estatuto, el Código de Ética y las demás disposiciones reglamentarias y resoluciones institucionales aplicables al ejercicio de la profesión, y me comprometo a cumplir las obligaciones que de ellas se derivan.
Asimismo, me comprometo a comunicar al Colegio las modificaciones de mi domicilio dentro del plazo legal correspondiente y a mantener actualizados los datos de contacto y demás información registral exigible, incluido el domicilio especial constituido en el apartado III de la presente solicitud.
Tomo conocimiento de que la presentación de esta solicitud no implica, por sí misma, el otorgamiento de la matrícula ni habilita al ejercicio profesional, que quedará sujeto al cumplimiento de los requisitos aplicables y a la decisión del órgano competente.

VIII. FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma: ..... Aclaración: .....

DNI: .....

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

Fecha de recepción: ...../...../.....

Documentación recibida: .....

.....

Documentación pendiente: .....

.....

Observaciones administrativas: .....

.....

Número de trámite o expediente: .....

Resultado de la revisión: ☐ Completo. ☐ Incompleto.

Intervención administrativa: .....

Resolución/constancia de otorgamiento de matrícula: ..... Fecha: ...../...../….....