

LEGAJO
PROFESIONAL



Colegio de Nutricionistas
de la Provincia de Córdoba

MP N°:	Fecha de Otorgamiento de MP:	
Apellido/s y Nombre/s:		
DNI N°:	CUIL/CUIT:	
Título:	Fecha de finalización de la carrera:	
Universidad que lo expide:		
Lugar y fecha de nacimiento:		
¿Posee alguna discapacidad? SI - NO		¿Posee CUD? SI - NO
Domicilio Particular (Calle, N°, Dpto):		
Barrio:		Localidad:
CP:	Departamento:	Provincia:
Tel. fijo:	Celular:	Tel. de referencia:
Correo electrónico:		
Lugar de trabajo/Institución:		
Domicilio laboral:		Barrio:
Localidad:		Provincia:

"Declaro bajo fe de juramento que los datos consignados anteriormente son verdaderos; y me notifico de la obligación de mantenerlos actualizados, teniéndose por válidos los consignados hasta tanto se notifique debidamente su cambio."

"Declaro conocer y aceptar lo establecido en el art. 9 del Reglamento de Matriculación respecto a la cancelación de la matrícula por mora en el pago del canon mensual establecido."

Córdoba, de de 20.....

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN