

**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: | | |
| Género: FEMENINO - MASCULINO - OTRO | | Otro: |
| ¿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