



ORIGINAL

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ESPECIALIDADES Y
RESIDENCIAS DEL COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DE LA PROVINCIA
DE CÓRDOBA**

Nº de Solicitud:.....

Foto

(sólo original)

I.- DATOS PERSONALES:

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Documento de Identidad:.....

Sexo: M F Otro (marcar el que corresponda)

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio especial:.....(*)

Correo electrónico:.....(*)

Teléfono: Fijo.....Celular.....

II.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS/PROFESIONALES:

Título de Grado:.....

Entidad otorgante:.....

Fecha:.....

Matrícula CNPC: Nº.....Fecha:.....

III.- SUB-REGISTRO:

Especialidades Residencias (marcar el que corresponda)

Materia:.....

Institución otorgante:.....

Vigencia: Temporal...../Definitiva (tachar la que no corresponda; si es temporal
indicar fecha de vigencia)



Documentación de acreditación:

.....
.....
.....

IV.- Observaciones: Otros datos relevantes no consignados:

.....
.....
.....

V.- Declaración jurada: Al suscribir la presente declaro bajo fe de juramento:

Que los datos consignados precedentemente son veraces y fidedignos.-

Que la documentación adjunta es auténtica.-

Que declaro conocer y aceptar en forma definitiva e irrevocable todos y cada uno de los términos, condiciones y requisitos establecidos en la Resolución N° 13 de fecha 23 de noviembre de 2022, emanada del Consejo Directivo del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, como así también de los Anexos I, II y III, que la integran.-

(*) Que cualquier notificación o comunicación del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, dirigida al domicilio especial o, indistintamente, al correo electrónico consignados en mis datos personales surtirán pleno efecto legal.-

Córdoba,.....de.....de.....

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Recibido hoy,.....de.....de....., a las.....h.

.....
Receptor

**SOLICITUD APROBADA/RECHAZADA (tachar lo que no corresponda) POR EL CONSEJO DIRECTIVO
MEDIANTE RESOLUCIÓN DE FECHA..... (Acta N°.....)**



DUPLICADO

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ESPECIALIDADES Y
RESIDENCIAS DEL COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DE LA PROVINCIA
DE CÓRDOBA**

Nº de Solicitud:.....

I.- DATOS PERSONALES:

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Documento de Identidad:.....

Sexo: M F Otro (marcar el que corresponda)

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio especial:.....(*)

Correo electrónico:.....(*)

Teléfono: Fijo.....Celular.....

II.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS/PROFESIONALES:

Título de Grado:.....

Entidad otorgante:.....

Fecha:.....

Matrícula CNPC: N°.....Fecha:.....

III.- SUB-REGISTRO:

Especialidades

Residencias

(marcar el que corresponda)

Materia:.....

Institución otorgante:.....

Vigencia: Temporal...../Definitiva (tachar la que no corresponda; si es temporal
indicar fecha de vigencia)



Documentación de acreditación:

.....
.....
.....

IV.- Observaciones: Otros datos relevantes no consignados:

.....
.....
.....

V.- Declaración jurada: Al suscribir la presente declaro bajo fe de juramento:

Que los datos consignados precedentemente son veraces y fidedignos.-

Que la documentación adjunta es auténtica.-

Que declaro conocer y aceptar en forma definitiva e irrevocable todos y cada uno de los términos, condiciones y requisitos establecidos en la Resolución N° 13 de fecha 23 de noviembre de 2022, emanada del Consejo Directivo del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, como así también de los Anexos I, II y III, que la integran.-

(*) Que cualquier notificación o comunicación del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, dirigida al domicilio especial o, indistintamente, al correo electrónico consignados en mis datos personales surtirán pleno efecto legal.-

Córdoba,.....de.....de.....

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Recibido hoy,.....de.....de....., a las.....h.

.....
Receptor

**SOLICITUD APROBADA/RECHAZADA (tachar lo que no corresponda) POR EL CONSEJO DIRECTIVO
MEDIANTE RESOLUCIÓN DE FECHA..... (Acta N°.....)**



TRIPLICADO

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ESPECIALIDADES Y
RESIDENCIAS DEL COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DE LA PROVINCIA
DE CÓRDOBA**

Nº de Solicitud:.....

I.- DATOS PERSONALES:

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Documento de Identidad:.....

Sexo: M F Otro (marcar el que corresponda)

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio especial:.....(*)

Correo electrónico:.....(*)

Teléfono: Fijo.....Celular.....

II.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS/PROFESIONALES:

Título de Grado:.....

Entidad otorgante:.....

Fecha:.....

Matrícula CNPC: N°.....Fecha:.....

III.- SUB-REGISTRO:

Especialidades

Residencias

(marcar el que corresponda)

Materia:.....

Institución otorgante:.....

Vigencia: Temporal...../Definitiva (tachar la que no corresponda; si es temporal
indicar fecha de vigencia)



Documentación de acreditación:

.....
.....
.....

IV.- Observaciones: Otros datos relevantes no consignados:

.....
.....
.....

V.- Declaración jurada: Al suscribir la presente declaro bajo fe de juramento:

Que los datos consignados precedentemente son veraces y fidedignos.-

Que la documentación adjunta es auténtica.-

Que declaro conocer y aceptar en forma definitiva e irrevocable todos y cada uno de los términos, condiciones y requisitos establecidos en la Resolución N° 13 de fecha 23 de noviembre de 2022, emanada del Consejo Directivo del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, como así también de los Anexos I, II y III, que la integran.-

(*) Que cualquier notificación o comunicación del Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, dirigida al domicilio especial o, indistintamente, al correo electrónico consignados en mis datos personales surtirán pleno efecto legal.-

Córdoba,.....de.....de.....

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Recibido hoy,.....de.....de....., a las.....h.

.....
Receptor

**SOLICITUD APROBADA/RECHAZADA (tachar lo que no corresponda) POR EL CONSEJO DIRECTIVO
MEDIANTE RESOLUCIÓN DE FECHA..... (Acta N°.....)**