



LEGAJO PROFESIONAL

DATOS PERSONALES

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Título:.....

Universidad que lo expide:.....

Fecha de Finalización de la Carrera:.....

DNI:..... CUIL/CUIT:.....

Fecha de Nacimiento:..... Estado Civil:.....

Lugar de Nacimiento:.....:

Domicilio Particular (Real):

Barrio:..... Localidad:.....

Departamento:..... Provincia:..... CP:.....

Teléfono: Fijo:..... Celular:.....

Correo electrónico:.....

DATOS LABORALES

1) Lugar de trabajo principal / Institución:.....

Domicilio laboral:.....

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

Teléfono/s Laboral:.....

2) Lugar de trabajo / Institución:.....

Domicilio laboral:.....

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

Teléfono/s Laboral:.....

3) Lugar de trabajo / Institución:.....

Domicilio laboral:.....

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

Teléfono/s Laboral:.....

Domicilio Legal: lugar donde quiere recibir la información documentación por parte del Colegio, (el mismo puede ser igual al real, laboral u otro).....

Barrio:..... Localidad:.....

Departamento:..... Provincia:..... CP:.....

Domicilio Legal Electrónico (e-mail):.....

MARQUE OPCIÓN CORRECTA (*)

1)- ¿Realiza por PRIMERA VEZ el Trámite de Matriculación en la provincia de Entre Ríos? **SÍ - NO**

2)- ¿Ejerció la profesión en otra provincia del país? **SÍ - NO**

(*) Si ambas respuestas son POSITIVAS: -Debe presentar junto a la documentación requerida para la Matriculación, Certificado de Ética Profesional, emitido por autoridad competente: Colegio Provincial o Ministerio de Salud Provincial, del lugar donde ejerció anteriormente. Mencionar ciudad / provincia y período de tiempo.....

.....

.....

Si ya tiene MP emitida por el Departamento de Contralor Profesional de la provincia de ER indique si es: **PROVISORIA O DEFINITIVA**

Nº:..... y **Fecha en la que fue otorgada**:.....

"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 mencionados en la ficha anterior, hasta tanto se informe debidamente al Colegio de Nutricionistas de Entre Ríos su cambio. "Declaro conocer y aceptar las causas de cancelación de la matrícula, Artículo 25° de la Ley 9806". "Declaro conocer y aceptar lo establecido, por el CDP, con respecto al pago de cuota mensual actualizada y cancelación de deudas en caso de mora."

Paraná, de 20.....

.....

Firma del interesado/a

Aclaración

DNI