



**Colegio de Fonoaudiólogos de
La Provincia de Buenos Aires**

**Consejo Superior
LEY 10.757**

Av. 38 N° 997 esq. 15 | Tel.: (0221) 422-4088 – (1900) La Plata – Bs. As.
E-mail: secretariacofoba@gmail.com | web: www.cfba.org.ar

REGIONAL: _____ N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL: _____

Sr. Presidente del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires:

Solicito mi _____ en la matrícula del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires y a esos efectos consigno mis datos personales:

Apellido: Nombres:

Nacionalidad:

Estado Civil (si fuera casado, nombre del cónyuge):

Lugar de nacimiento: ciudad..... Provincia..... Fecha:.....

Domicilio Real..... N°.....

Teléfono: (.....)..... Partido: Localidad: (CP.....)

E-mail: Teléfono celular: (.....).....

Domicilio Profesional..... N°.....

Teléfono: (.....)..... Partido: Localidad: (CP.....)

Y acredito mi identidad con

SE ADJUNTA OBLIGATORIAMENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- **En caso de BAJA o SUSPENSIÓN:**
 - La credencial otorgada por el Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires;
 - Declaración Jurada (efectuada ante autoridad competente), que justifique el no ejercicio profesional en la Provincia de Buenos Aires;
 - Baja en AFIP, Ingresos Brutos, ANSES, certificación de servicio si desempeña otra actividad;
 - En caso de radicación en el exterior, se deberá adjuntar fotocopia de pasajes o VISA.

Firma