

FORMULARIO DE INSCRIPCION

COLEGIO DE LICENCIADOS EN NUTRICION DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Fecha de Otorgamiento de MP :	
Apellido/s y Nombre/s:	
Título:	
Universidad que lo expidió:	
Fecha de Finalización de la Carrera:	
DNI N°:	CUIT-CUIL:
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....	
Estado Civil:	
Domicilio Particular:	
Localidad:	
Teléfono fijo:.....	Teléfono Celular:.....
Correo Electrónico:	
Lugar de Trabajo:	
Domicilio laboral:Teléfono:	
Localidad:	
Inscripción de Matrícula Profesional: Cuota Única <input type="checkbox"/> Dos (2) cuotas <input type="checkbox"/> Tres (3) cuotas <input type="checkbox"/>	

Declaro bajo 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 bajo juramento que no me encuentra afectado/a por las causales de inhabilitación para el ejercicio de la profesión establecidas en la ley y que no estoy inhabilitado/a por sentencia judicial y/o resolución de autoridad administrativa competente.

Resistencia, de de 20.....

Firma: