



COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

LEY PROVINCIAL N° 7825 - DECRETO REGLAMENTARIO 1958/11

N° <1>

Derqui 114 - Telefax: 0261 - 4243250 - E-mail: info@colvetmza.com.ar
(5501) Godoy Cruz - Mendoza

FECHA:...../...../.....

REVALIDACIÓN DE MATRÍCULA

Sr. Presidente del Colegio Veterinario de la Provincia de Mendoza.

S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. solicitando la revalidación de la matrícula para el ejercicio de mi profesión en el ámbito de la provincia de Mendoza, haciendo constar los siguientes datos:

APELLIDO.....NOMBRES.....
LE./L.C./D.N.I.....NACIONALIDAD.....
LUGAR DE NACIMIENTO.....PROVINCIA.....
DOMICILIO PARTICULAR.....N°.....PISO.....DPTO.....
LOCALIDAD.....CÓD.POSTAL.....TEL.....
CORREO ELECTRÓNICO.....
MATRÍCULA PROFESIONAL N°

¿Se encuentra matriculado en otro Colegio o Consejo Profesional? Indicar cuál y número de matrícula.....

Declaro conocer las disposiciones de la Ley Provincial 7825, el Decreto Reglamentario 1958/11 y sus modificatorias; el Código de Ética profesional, así como las resoluciones emanadas de la Comisión Directiva del Colegio, comprometiéndome a su fiel cumplimiento.

Soy responsable de notificar cualquier cambio en mis datos personales, dentro de las 96 hs de producidos.

Según el Decreto Reglamentario 2045/99 en su Artículo 3, ésta matriculación tendrá una validez de 5 años a partir de la fecha del otorgamiento.

Saluda muy atentamente

.....
FIRMA DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

.....
ACLARACIÓN