



Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito_____

Solicitud de Traslado de Distrito

Lugar y fecha: _____, _____

Sr./a. Presidente del
Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
S _____ / _____ D _____

Por la presente solicito el traslado al Distrito_____ en cumplimiento del Art. 10 del
Reglamento de Matriculación.

Saludo atentamente,

Firma

DATOS PERSONALES: CUIT:

ANTES DE COMPLETARLOS, LEER AL DORSO

Apellido/s:

Nombre/s:

Numero de Matrícula:.....

Documento de Identidad (DNI – LC – LE – CI):.....

Nuevo Domicilio Real:.....

Localidad:..... C.P.:.....

TE:..... E-Mail:.....

Domicilio Profesional:..... TE:.....

Localidad:..... C.P.:.....

Domicilio Profesional:..... TE:.....

Localidad:..... C.P.:..... Domicilio

Profesional:..... TE:.....

Localidad:..... C.P.:.....

Estimado/a colega:

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra de imprenta) o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

Reviste el carácter de Declaración Jurada.

Tenga en cuenta, para su llenado las siguientes aclaraciones:

1. Las mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo el de soltera y precedido por la preposición "de".
2. Consignar claramente el número y el tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: indicar todos los lugares en los que ejercerá la profesión en la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a este Distrito. Se indicará, asimismo, si se trata de consultorio particular, escuela, clínica, hospital, etc., con aclaración del domicilio y teléfono que correspondan, para cada uno.

Firma del Matriculado

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

El Consejo Directivo, en sesión del día.....de.....de 20....., resuelve aprobar la presente solicitud de traslado al Distrito_____.

Secretario General

Presidente

El presente traslado se comunicará al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, los Colegios de Psicólogos de Distrito y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Copia de la presente solicitud acompañará el legajo del matriculado al nuevo Distrito.

Fecha:/...../.....

Secretario General

Presidente