



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE QUIRÓFANO PARA CAMPAÑA.**

INCLUYE QUIRÓFANOS FIJOS Y MÓVILES.

COLEGIO DE MÉD. VETERINARIOS DE LA PROV. DE SANTA FE / 2ª CIRC.

SUIPACHA 347 – 2000 ROSARIO – SANTA FE / [INFORMACION@CMVSF2.ORG](mailto:INFORMACION@CMVSF2.ORG) / [WWW.COLEGIOVETSANTAFE2.COM.AR](http://WWW.COLEGIOVETSANTAFE2.COM.AR)

El/la que suscribe \_\_\_\_\_ LE / LC / DNI Nº \_\_\_\_\_, con título de \_\_\_\_\_ e inscripto/a en la Matrícula Nº \_\_\_\_\_ de este Colegio, solicita al inscripción en el

Registro de Quirófanos (MOVIL / FIJO) para tareas de esterilización de caninos y felinos machos y hembras, de acuerdo a los términos de la Res.

Nº 079 del Cuerpo Directivo del Col. de Médicos Veterinarios de la Prov. de Santa Fe / 2ª Circ., donde realizarán las prácticas profesionales

únicamente médicos veterinarios con matricula habilitante, asumiendo la dirección técnica en dicha unidad y comprometiéndome a registrar

e informar (en el caso de equipo permanente) la rotación de otros profesionales veterinarios que puedan desempeñarse en el mismo, como

parte del equipo a mí cargo. Adjunto libro de registro de profesionales para ser habilitado por la presente Institución. (En el libro deberán

registrarse los médicos veterinarios que se desempeñen en cada campaña como parte del equipo de trabajo a cargo del Director Técnico)

- COLOQUE UNA CRUZ SEGÚN CORRESPONDA: MÓVIL  FIJO

Informar municipio/s o comuna/s en la que se utilizará la unidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del médico veterinario responsable.

Firma del Municipio o Comuna Propietaria \_\_\_\_\_

Domicilio Municipio o Comuna Propietaria: \_\_\_\_\_

Teléfono y dirección de E-mail del Municipio o Comuna: \_\_\_\_\_

Días y Horarios de atención (solo aplicable a los Quirófanos Fijos): \_\_\_\_\_