



Colegio de Médicos Veterinarios de la Provincia de Santa Fe - 2ª Circunscripción
Suipacha 347 - 2000 Rosario
Tel. 0341-4399814 / WhatsApp 3415707957
WEB: www.cmvsf2.org

Rosario, _____ de _____ de 20_____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL OCASIONAL

Señor Presidente:

El que suscribe, cuyos datos personales y profesionales detalla a continuación, solicita ser inscripto en el Registro de Ejercicio Profesional Ocasional, para lo cual declara conocer y acatar las disposiciones que establece el **Convenio de Reciprocidad celebrado en fecha 29/10/19 entre el Colegio de Médicos Veterinarios de Santa Fe y el Colegio de Médicos Veterinarios de Entre Ríos**, y las normas reglamentarias que en su consecuencia se dicten:

DATOS PERSONALES y PROFESIONALES:

(A sus efectos se transcriben con carácter de declaración jurada los siguientes datos)

APELLIDO Y NOMBRES: _____

Documento de Identidad: _____ C.U.I.T/C.U.I.L: _____

Acreditación Brucelosis: _____ N° Acreditación Tuberculosis: _____

Acreditación Equinos: _____ Otras acreditaciones: _____

Inscripto en otros Consejos y/o Colegios Profesionales: _____

Matrícula de Origen N°: _____

CORRESPONSABLE SANITARIO: SI // NO Especie: _____

Declaro ejercer la profesión en la siguiente repartición del Estado: _____ Cargo: _____

_____ Inscripto en otros Consejos y/o Colegios Profesionales: _____ /

Matrícula N°: _____ ; Declaro efectuar aportes a la Caja Provisional: _____

Constituyo domicilio legal – especial – en SANTA FE: Calle: _____ N°: _____ Ciudad: _____
_____ de la Pcia. Santa Fe

Denuncio domicilio LABORAL en:

Calle: _____ N°: _____ Ciudad: _____ Pcia. Entre Ríos.

Teléfonos N°: _____ WhatsApp: _____

Correo electrónico: _____

ARTICULO PRIMERO: La inscripción en este registro tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de los años impares, mientras se encuentre vigente el presente convenio. En el caso de aquellos profesionales que deseen renovar su convenio deberán manifestarlo a su colegio de forma fehaciente antes de esa fecha.; en caso de NO efectuarse la renovación, automáticamente se dará de BAJA del mismo.

Nota: Las notificaciones y correspondencia del Colegio de Médicos Veterinarios de Santa Fe, serán remitidas al domicilio legal constituido por el profesional registrado.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente

Firma

CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN MATRICULAR DE ORIGEN

Certifico que _____ se encuentra matriculado en esta Institución desde el día _____ bajo el N° _____. **SI / NO**, registra antecedentes éticos, y se encuentra al día con el pago de dicha Matrícula.

Rosario, _____ de _____ de 20_____.