



GOBIERNO DE MENDOZA
 MINISTERIO DE SALUD,
 DESARROLLO SOCIAL
 Y DEPORTES

SOLICITUD DE MATRÍCULA
DEFINITIVA

Mendoza, de de 20.....

AL SEÑOR
MINISTRO DE SALUD
S _____ / _____ D

El/La que suscribe

Apellido y Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:..... DNI/LC/LE

Nacionalidad: Teléfono:

e-mail:

Domicilio legal Calle: Nº

Torre..... Piso Dpto. Barrio

Manzana Casa Localidad

Departamento de la provincia de CP

Solicita al Sr. Ministro y por su intermedio a quien corresponda, la inscripción de mi título de

Fecha de egreso: Institución que lo otorga:

Fecha de expedición del título:

Para el caso de cambio de domicilio y dentro de los 10 días hábiles producido, lo comunicará personalmente al Área de Matriculaciones y Certificación de Firmas del Ministerio de Salud.

Declaro bajo juramento no encontrarme inhabilitado por sentencia judicial para el ejercicio de la profesión y que los datos consignados son totalmente veraces.

Atentamente

.....

Firma