



GOBIERNO DE MENDOZA  
 MINISTERIO DE SALUD,  
 DESARROLLO SOCIAL  
 Y DEPORTES

SOLICITUD DE RENOVACION 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