

.....,de.....de 20....

Sra. Presidenta del

Colegio Rionegrino de Graduados en Nutrición.

Lic. Lascano Sonia

S/D

Me dirijo a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo Provincial, a fin de solicitar la Colegiación Profesional para poder ejercer mi profesión en el ámbito de la Provincia de Río Negro, de acuerdo a las reglamentaciones legales vigentes.

Adjunto a la presente la documentación requerida para dicho trámite y dejo constancia de haberme notificado del Reglamento de Colegiación del Colegio Rionegrino de Graduados en Nutrición.

Sin otro particular y esperando que el Consejo Directivo Provincial dé su aprobación a mi pedido, saludo atte.

Adjunto: copias certificadas por escribano público o registro civil de: (Marcar lo que corresponda)

***Diploma de título universitario** ☐ **Diploma de Especialidad:** ☐

***DNI** ☐

***Matricula actual otorgada por Ministerio de Salud de Río Negro** ☐

(para quienes tengan matricula otorgada antes de 01/09/2015)

Adjunto: Formulario foto y constancia de: * obligatorios:

***Constancia de CUIL/CUIT** ☐

***Constancia de pago de inscripción** ☐

*** Presentar dos fotos carnet 4x4** ☐

***Formulario anexo completo** ☐

Constancia de libre deuda de otros colegios (en caso de estar colegiad@ en otra provincia) ☐

Firma del interesado

DNI

Aclaración

Foto 4x4

(NO LLENAR HACIA ABAJO SÓLO PARA USO DEL CONSEJO DIRECTIVO)

SESIÓN/...../.....

APROBADO ☐

RECHAZADO ☐

OBSERVACIONES.....

CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS, LE CORRESPONDE EL REGISTRO DE COLEGIADA/O

Nº

SECRETARIA

FIRMA y Sello o Aclaración

LEGAJO PROFESIONAL

Escribir claramente con letra de imprenta o computadora:

APELLIDOS Y NOMBRES:	
MP N° (actual)	
FECHA DE OTORGAMIENTO MP (actual)	
FECHA DE VENCIMIENTO MP (actual)	
TIPO DE DOCUMENTO	N° :
FECHA DE NACIMIENTO:	dd/mm/aaaa
TITULO:	
EXPEDIDO POR:	
FECHA DE EGRESO:	
CUIT/CUIL:	
DOMICILIO POSTAL:	<div>Calle</div> <div>N°</div> <div>Torre: Piso: Dpto:</div> <div>Barrio:</div>
LOCALIDAD:	
TELEFONO:	<div>Fijo</div> <div>Celular</div>
DOMICILIO LABORAL:	<div>Calle</div> <div>N°</div> <div>Torre: Piso: Dpto:</div>
INSTITUCION/ EMPRESA/COMERCIO:	
DOMICILIO CONSULTORIO PARTICULAR :	<div>Calle</div> <div>N°</div> <div>Torre: Piso: Dpto:</div>
LOCALIDAD:	
TELEFONO:	
CORREO ELECTRONICO :	
CORREO ELECTRONICO : (alternativo)	
ACTIVIDAD PROFESIONAL: <i>Ej: Dietoterapia, Empresas Gastronómicas, Industria alimentaria, Investigación, Docencia, Institucional, otras especificar, etc.</i>	
OTRA COLEGIATURA VIGENTE:	NO: SI:
Cual :	
COLEGIATURA ANTERIOR	NO: SI:
Cual:	

Certifico que los datos aquí presentados son correctos y me comprometo a la actualización permanente de los mismos según corresponde a mi condición de miembro colegiado., de de 20.... Lugar

FIRMA

ACLARACION