



Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito _____

Solicitud de Cambio de Domicilio

Lugar y fecha: _____, _____

Sr./a. Presidente del
Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
S _____ / _____ D _____

Por la presente informo las siguientes modificaciones de cambio de domicilio conforme al
Art. 61 inc. d de la Ley 10.306 y al Art. 11 del Reglamento de Matriculación.
Saludo atentamente,

Firma

DATOS PERSONALES:

Apellido/s:

Nombre/s:

Nº de Matrícula:.....

Modificación de:

- ❖ Domicilio Real ☐
- ❖ Domicilio Profesional ☐
- ❖ Teléfono Particular ☐
- ❖ Teléfono Profesional ☐
- ❖ Correo Electrónico ☐
- ❖ Domicilio Correspond. ☐

Modificar Domicilio Profesional en listado:

- S.A.C ☐
- Derivación Judicial ☐
- RENAR ☐
- IOMA ☐
- OSPESCA ☐
- Sancor-M.Federada... ☐

Consignar las Modificaciones:**❖ Domicilio Real:**

Calle:..... Nº:.....

Localidad:..... C.P.:.....

❖ Domicilio Profesional:

Calle:..... Nº:.....

Localidad:..... C.P.:.....

❖ Teléfono Particular:**Teléfono Profesional:**

Nº:.....

Nº:.....

❖ Deseo Recibir Correspondencia en:

Calle y Nº - Localidad:.....

❖ Correo Electrónico:

.....

La presente solicitud remite el carácter de Declaración Jurada.-

De tratarse de cambio de domicilio profesional, recuerde gestionar el Certificado o Constancia de Habilitación de Consultorio.