|  |  |
| --- | --- |
| Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X | ANEXO VII |

S o l i c i t u d d e C a m b i o d e D o m i c i l i o

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

**COMPLETAR TODA LA PLANILLA**

Apellido/s: .......................................................................................................................................................

Nombre/s: ........................................................................................................................................................

Nº de Matrícula:................................................................................................................................................

**Modificar Domicilio Profesional en listado:**

S.A.C

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCAR CON UN CIRCULO LOS DÍAS DE ATENCIÓN, INDICAR DEBAJO EL HORARIO** | | | | | | |
| **horario**: | LU | MA | MI | JU | VI | SA |

**Consignar las Modificaciones:**

* Domicilio Real:

Calle:...................................................................................................... Nº:.....................................................

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

* Domicilio Profesional:

AGREGA Calle:..............................................................................................Nº:..................................

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

* Teléfono Particular: Teléfono Profesional:

Nº:.......................... Ó (……..) 15……..…………. Nº:......................... Ó (……..) 15………………….

* 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.