



Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito _____

Reglamento de Matriculación **ANEXO VII**

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

Consignar las Modificaciones:

❖ Domicilio Real:

Calle:..... Nº.....

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

❖ Domicilio Profesional:

Calle:..... Nº.....

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

❖ Teléfono Particular:.....

❖ Teléfono Profesional:.....

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.