**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA MATRÍCULA**

Lugar y fecha:………………………………………………

Sr. Presidente del Colegio de

Musicoterapeutas de la

Provincia de Entre Ríos,

Por la presente, solicito me inscriba en el Registro de la Matrícula, y se me otorgue la matrícula profesional para ejercer como:

………………………………………………………………………………

(Título mayor universitario)

en los términos establecidos en la Ley n° 10134 – Cap. IV Art. 25.

Declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones consignados en el mencionado texto legal, así como de la reglamentación correspondiente, no estando alcanzado por las inhibiciones e incompatibilidades establecidas en dicha Ley.

Adjunto la documentación requerida para concretar el trámite de matriculación.

Saludo atentamente;

Firma del solicitante: …………………………………………………………………….

Estimado/a colega:

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra imprenta), o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

Reviste el carácter de Declaración Jurada.

Tenga en cuenta para su llenado, las siguientes aclaraciones:

1. Las mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo al de soltera, y anteponiendo la preposición “de”.
2. Consignar claramente el número y tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: indicar todos los lugares donde se ejercerá la profesión en la provincia de Entre Ríos. Se indicará asimismo en el punto de “Ámbito”, si se trata de consultorio particular, hospital, clínica privada, escuela, etc., con aclaración de domicilio y teléfono que correspondan a cada uno.
4. Se hará constar como título mayor universitario el nombre completo que figure en el mismo.

**PARA SER COMPLETADO POR EL MATRICULADO**

DATOS PERSONALES:

Apellido: ……………………………………Nombres: ……………………………………..

Fecha de Nacimiento: …………………….... Sexo:………………………………………….

Nacionalidad: …………………………… Lugar de Nacimiento: ………………………….

Pcia. de: …………………………………………………………............................................

Documento de Identidad: (DNI / LC / LE / CI) ……………………………………………..

Domicilio Real: ………………………………………………………………………………

Localidad: ………………………………………………. CP: ……………………………..

Teléfono:………………………………….. e-mail: …………………………………………

Domicilio Profesional 1: …………………………………………………………………..

Localidad:………………………………………………………. CP: ……………………..

Teléfono: ……………………………….. Ámbito: …………………………………………

Domicilio Profesional 2: ……………………………………………………………………..

Localidad:………………………………………………………. CP: ……………………..

Teléfono: ……………………………….. Ámbito: …………………………………………

Domicilio Profesional 3: …………………………………………………………………….

Localidad:………………………………………………………. CP: ……………………..

Teléfono: ……………………………….. Ámbito: …………………………………………

Titulo: ………………………………………………………………… ……………………..

Universidad: ………………………………………………………………………………….

Fecha de expedición de Título: …../…../……

Fecha de terminación de estudios: …../…../……

Fecha de inicio de actividad profesional en la provincia de Entre Ríos: …../…../……

Otros títulos de grado y/o post-grado: …………………………………………………………………………………………….

Observaciones:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma del matriculado: …………………………………………………………………….

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

El Consejo Directivo, en sesión del día……… de………………………………………..del ……………………., resuelve aprobar la presente solicitud de incorporación al Registro de Matricula, otorgándose la MATRÍCULA NÚMERO: ………………………………….

La presente incorporación, se informara al Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.

Fecha: ……/……/……………..

…………………………………………… ………………………………………..

 Secretario General Presidente