



**Colegio de  
Kinesiólogos de la  
Provincia de Buenos Aires**

Diag.74 N°783 –Tel/Fax (0221)424-3885/482-2402 – (1900) La Plata – Buenos Aires - Argentina

E-mail: [info@cokiba.org.ar](mailto:info@cokiba.org.ar)

<http://www.cokiba.org.ar>

Foto 4 x 4

## **SOLICITUD DE INSCRIPCION**

Delegación Regional

Fecha

Carpeta N°

**Señor Presidente del  
COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Solicito mi inscripción en la matrícula del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires y a ese efecto consigno mis datos personales en carácter de Declaración Jurada:

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Documento Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

### **DOMICILIO PARTICULAR**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_

Teléfono (0 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Celular (0 \_\_\_\_\_ )15 \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### **DOMICILIO EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_

Teléfono (0 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Presento el diploma universitario de \_\_\_\_\_, legalizado, expedido con fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por la Universidad \_\_\_\_\_

Declaro asimismo bajo juramento que (1) \_\_\_\_\_

(1)Declarar si le afectan o no las causales de inhabilidad establecidas por los artículos 15 y 16 de la Ley 10.392 y, si le afectan, el motivo.

Sin otro particular saluda a Ud. Muy atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

Certificamos que don/doña \_\_\_\_\_ es persona de buena conducta, goza de concepto público y que nos constan los domicilios que indicá en su solicitud de insrcpción. (asentar la firma de 2 profesionales ya matriculados)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

M.P. N° \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

M.P. N° \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

Quien suscribe el/la Profesional Kinesiólogo/a .....,  
M.P..... D.N.I. .... por medio de la presente declaro bajo juramento  
que constituyo con carácter de domicilio legal (\*) el de la calle  
..... de la Localidad (\*\*) de  
.....

A tal efecto, se considerarán válidas todas las comunicaciones y/o notificaciones que  
allí curse el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, subsistiendo el  
mismo a todos los efectos legales hasta tanto no notifique a Colegio por medio  
fehaciente (\*\*\*) el cambio por otro.

**Notas:**

(\*) Conf. Art. 90 Cód. Civil: “El domicilio legal es el lugar donde la ley presume, sin admitir prueba en contra, que una persona reside de una manera permanente para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones, aunque de hecho no esté allí presente...”

(\*\*) Se debe consignar obligatoriamente un domicilio de la Provincia de Buenos Aires.

(\*\*) Se entiende por notificación fehaciente el envío de Carta Documento o Nota Original suscripta por el matriculado, remitida y entregada en la Delegación correspondiente, quedándose el matriculado con copia/constancia de la misma. No se permite comunicación de cambio de domicilio constituido, por vía mail, comunicación telefónica o comunicación verbal a empleado de la Delegación o autoridad del Colegio.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_