



**SEGURO DE PRAXIS PROFESIONAL
DECLARACION JURADA PROFESIONAL DE ADHESION AL SISTEMA**

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE:

Lugar	Fecha	Matricula Provincial	Matricula Nacional

Apellido y Nombres del solicitante

Domicilio Real	Número	Piso	Dpto.
----------------	--------	------	-------

Telefono	Localidad	Partido	Código Postal
----------	-----------	---------	---------------

1	Domicilio de Atención	Número	Piso	Dpto.
---	-----------------------	--------	------	-------

Telefono	Localidad	Partido	Código Postal
----------	-----------	---------	---------------

2	Domicilio de Atención	Número	Piso	Dpto.
---	-----------------------	--------	------	-------

Telefono	Localidad	Partido	Código Postal
----------	-----------	---------	---------------

3	Domicilio de Atención	Número	Piso	Dpto.
---	-----------------------	--------	------	-------

Telefono	Localidad	Partido	Código Postal
----------	-----------	---------	---------------

Por la presente y en mi carácter de profesional matriculado en COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS, ADHIERO en forma expresa al SEGURO DE PRAXIS PROFESIONAL, contratado colectivamente por la Entidad matriculante, por el término de UN AÑO, lapso prorrogable en forma automática por COLEGIO a su vencimiento, obligándome a denunciar el acaecimiento de cualquier evento que pueda, razonablemente, generar responsabilidad profesional, dentro del plazo de setenta y dos horas de producido el hecho. Al propio tiempo DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son veraces y que me comprometo a denunciar todo cambio de domicilio real o de prestación de servicios, dentro del mes inmediato siguiente al de la mudanza o cambio y declaro, bajo el mismo juramento, conocer y aceptar las condiciones generales y particulares del aseguramiento y las obligaciones que pone a mi cargo la Ley 17.418

Firma del Profesional

Sello del Profesional

CERTIFICO QUE LA FIRMA PERTENECE AL COLEGA _____

MATRICULA PROVINCIAL N° _____ QUE FUE PUESTA EN MI PRESENCIA, EN EL LUGAR Y FECHA MAS ARRIBA CONSIGNADOS

Firma y Sello responsable
Delegación Regional