

FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE NUEVA CREDENCIAL

..... de de 20.....

Sr. Presidente Distrito
del Colegio de Asistentes o Trabajadores Sociales
de la Provincia de Buenos Aires
S...../.....D

Por la presente solicito a Ud. tenga a bien diligenciar ante las autoridades del Consejo Superior la expedición de nueva credencial profesional con motivo de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haber extraviado la original | <input type="checkbox"/> Encontrarse la original deteriorada
<i>(adjuntar al formulario)</i> |
| <input type="checkbox"/> Haber obtenido título de
.....
..... | <input type="checkbox"/> Presentar el siguiente error:
.....
..... |

Para el caso de nuevo título: Exhíbo en este acto original debidamente legalizado y entrego copia certificada del mismo.
La fotografía es sacada en este acto, adjuntada en formato digital o para ser digitalizada.

.....
FIRMA MATRICULADO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

SE ELEVA A CONSEJO SUPERIOR

La solicitud de duplicado de credencial recibida el/...../20..... en el Colegio de Distrito, paga por Recibo N°

.....
ACLARACIÓN

.....
(DISTRITO) FIRMA Y SELLO



CONSTANCIA PARA EL MATRICULADO

Trámite de duplicado de credencial MP..... recibido el/...../20..... en el Colegio de Distrito

.....
ACLARACIÓN

.....
(DISTRITO) FIRMA Y SELLO

