

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE TRASLADO

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

Sr/a. Presidente/a Distrito
del Colegio de Asistentes/as o Trabajadores/as 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 solicitud de Traslado de mi Matrícula profesional N°..... en el marco de lo normado por la Ley 10.751, al Distrito correspondiente a mi nuevo domicilio.

NUEVO DOMICILIO REAL (OBLIGATORIO)

Calle: N°: Piso:
Dpto: Localidad:..... Partido:..... CP:
Telefono: Cel:
E-Mail:

NUEVO DOMICILIO LEGAL (OBLIGATORIO)

Calle: N°: Piso:
Dpto: Localidad:..... Partido:..... CP:

.....
FIRMA MATRICULADO/A

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

SE ELEVA A CONSEJO SUPERIOR

Recibido el/...../20..... en el Colegio de Distrito, se adjunta legajo completo para su traslado al distrito
Sirva la presente de atenta nota de elevación.

.....
FIRMA Y SELLO
AUTORIDAD DISTRITAL

