

# FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE NUEVA CREDENCIAL

..... 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 expedición de nueva credencial profesional con motivo de:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haber extraviado la original | <input type="checkbox"/> Encontrarse la original deteriorada<br><i>(adjuntar al formulario)</i> |
| <input type="checkbox"/> Vencimiento                  |   |
| <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.

.....	.....	.....
Nº DE MATRICULA	ACLARACION DE FIRMA	FIRMA MATRICULADO/A

**SE ELEVA A CONSEJO SUPERIOR (DIGITALIZADO POR MAIL)**

La solicitud de duplicado de credencial recibida el ...../...../20..... en el Colegio de Distrito, ..... paga por Recibo Nº .....

.....  
FIRMA Y SELLO AUTORIDAD DISTRICTAL



**CONSTANCIA PARA EL MATRICULADO**

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

.....  
FIRMA Y SELLO AUTORIDAD DISTRICTAL

