

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REHABILITACIÓN DE MATRÍCULA

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

A le Presidente del 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 les autoridades del Consejo Superior la solicitud de Rehabilitación de mi Matrícula profesional N°, en el marco de lo normado por el Art. 10 de la Ley 10.751, por reanudar el ejercicio de la profesión de Asistente Social o Trabajadore Social en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

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:

NUEVO DOMICILIO LABORAL (OPCIONAL)

Lugar de Trabajo:
Calle: N°: Piso:
Dpto: Localidad: Partido: CP:
Telefono: E-Mail:

FIRMA MATRICULADE

ACLARACIÓN DE FIRMA

