



NOTA PARA SOLICITAR AUTORIZACION EJERCICIO PROFESIONAL EN LA OTRA  
CIRCUNSCRIPCION DEL COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Quien suscribe (nombre y apellido).....  
Matricula nº.....inscrita en la Circunscripción..... (Circunscripción donde se  
realizó la matricula), solicito autorización para ejercer la profesión en la Circunscripción.....  
(Completar con la Circunscripción correspondiente), en la ciudad de.....  
Departamento.....  
Adjunto Certificado de Matricula correspondiente.

Lugar donde me desempeñaré (marcar con una cruz y cumplir con los requisitos solicitados)

- Consultorio habilitado (solicitar Alta Profesional de Domicilio habilitado)
- Consultorio no habilitado (presentar el pedido de habilitación con los requisitos completos)
- Domicilio (requiere firma al pie de página, de un aval colegiado responsable de la circunscripción donde se desempeñará)

Firma:

Nombre y apellido:

DNI:

Nº de matrícula:

Domicilio Legal:

Nº de teléfono:

E-mail:

---

Firma y sello de aval responsable

**(SOLO para ejercicio en domicilio)**