Ciudad de........................, ………… de ……………………………. de 20…-

 Sr. Presidente de COFER Colegio de Fonoaudiólogos de ENTRE RÍOS:

               En mi carácter de matriculada/o del COFER, matrícula N°......., me dirijo a Ud. a los fines de solicitar la respectiva actualización del Título Profesional de mi matrícula.

                Solicito se inscriba mi título de.............................................................................................

otorgado por la Universidad …………………………........……………………con fecha.........................

Apellido: ………………………………………….Nombres: ……….....................……………………………

Domicilio Real: …………………………………………………………….…..…Nº…………..………………..

Teléfono Fijo: (…….…… )……………….............. Teléfono Celular: (…….…… )…………………....

Localidad: …………..………........................................………............ (CP…………………..………)

E-mail: …………………………………………………………………………………………

Domicilio Profesional: …..……………………………………………………..Nº……………….………

Teléfono Fijo: (…….……)………………......Teléfono Celular: (…….…………)………....……………....

Localidad: …………..……………………………………................... (CP…………………..………)

SE ADJUNTA:

1.       Fotocopia Autenticada del Diploma Original.

2.       Credencial otorgada por el COFER Colegio de Fonoaudiólogos de ENTRE RÍOS.

3.       En caso de pérdida de la Credencial: Declaración Jurada de extravío.

4.       2(dos) fotos carnet de frente con fondo blanco.

5.       Arancel equivalente a 1(una) cuota de mantenimiento de matrícula.

                                                      .....................................................

                                           Firma y Sello