



**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - (LEY 12818 - 26/12/2007)**

**SEDE**

25 de Mayo 1867 - 3000 - Santa Fe  
Tel./Fax (0342) 459 3385 (Líneas rotativas)  
Tel./Fax (0342) 459 4305 - TURISMO  
E-mail: artedecurar@sfe.cpac.org.ar

**DELEGACION**

Jujuy 2150/54 - 2000 ROSARIO  
Tel./Fax (0341) **425 1158** (Líneas rotativas)  
Tel./Fax (0341) **448 5704** - TURISMO  
E-mail: artedecurar@ros.cpac.org.ar

El/la que suscribe .....  
de profesión ..... con título habilitante otorgado por la .....  
..... dependiente de la Universidad .....  
..... Inscripto/a en la matrícula del Colegio de  
Psicólogos..... bajo el número ..... en fecha .....  
Documento de Identidad (L.E.-L.C.-D.N.I.) N° ..... domiciliado/a realmente en calle  
..... N° ..... de la localidad de .....  
constituyendo domicilio legal en calle ..... N° ..... de la localidad  
de ..... Teléfono .....-

Declara BAJO JURAMENTO, a los efectos emergentes de lo normado en la Ley N° 12.818,  
que sólo ejerce la profesión en relación de dependencia, no poseyendo consultorio, laboratorio y oficina propia  
ni tampoco ejerce en locales alquilados, cedidos, compartidos o asociados con otros profesionales, y que  
no está inscripto en ningún centro de trabajo de su profesión, en esta Provincia de Santa Fe.

El colegiado ratifica ante este Colegio lo expresado en la presente Declaración Jurada.  
Extiende la presente DECLARACIÓN JURADA en la ciudad de Rosario de la provincia de Santa Fe  
el día ..... del mes de ..... de año.....-

-----  
ACLARACIÓN DE FIRMA

-----  
FIRMA DEL DECLARANTE

**(no completar)**

El colegio deja constancia que según sus registros este profesional: TUVO  NO TUVO

Habilitación del .....

en los siguientes períodos: DESDE ..... HASTA .....

DESDE ..... HASTA .....

FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD DEL COLEGIO