



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