

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN / REINSCRIPCIÓN / OTROS TRÁMITES PARA PROFESIONALES

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

☐ INSCRIPCIÓN    ☐ REINSCRIPCIÓN    ☐ INCORPORACIÓN    ☐ SOLICITUD DE COPIA  
MATRICULA/CARRERA    DE CERTIFICADO

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento ☐ DNI ☐ CI ☐ LC Número \_\_\_\_\_ CUIL Número \_\_\_\_\_

#### MATRÍCULA

Nacional N° \_\_\_\_\_ Provincial N° \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO PARTICULAR

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto  
los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL