



MUNICIPALIDAD DE
Villa General Belgrano
VALLE DE CALAMUCHITA - CÓRDOBA

ORD 1771/15 ANEXO 2

Registro y Matriculación Municipal

Córdoba, Villa General Belgrano,.....dede

Departamento Ejecutivo Municipal

Sr.Intendente

S-----/-----D

El/la que suscribe:.....

De Profesión:M.Nº:.....

Título original..... fotocopia legalizada..... (Marque con una cruz lo que exhibirá).

Especialidades (solo para Médicos y Odontólogos,).....

.....Otros Títulos.....

.....

Solicito autorización para ejercer mi profesion en el domicilio ;

Barrio:.....Calle:.....

.....Nº.....

Piso..... Dpto.....Tel..... de esta Ciudad.

Nº de Número o trámite de Habilitación (Si existiera):.....

Domicilio de Residencia:..... Nº.....

Piso.Dpto..... CP.Tel. particular Nº:.....

Saluda muy atentamente.-

.....
Firma y sello del Titular

.....
**Firma y sello de Autoridad
competente**



MUNICIPALIDAD DE
Villa General Belgrano
VALLE DE CALAMUCHITA - CÓRDOBA