

COLEGIO MEDICO VETERINARIO DE CHILE

CONSEJO REGIONAL

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

Cédula De identidad N°

Nacional

Fecha de nacimiento

Estado Civil

Nombre del/la cónyuge

Título profesional otorgado por la Universidad

el

Otros Títulos

Universidad

RESIDENCIA		DIRECCIÓN TRABAJO	
CALLE	N°	ORGANISMO / EMPRESA	
COMUNA		CALLE	N°
CIUDAD		COMUNA	
REGIÓN		CIUDAD	
CASILLA		REGIÓN	
TELÉFONO		CASILLA	TELÉFONO
E-MAIL		E-MAIL	

ESPECIALIDAD: _____

Otras actividades profesionales: _____

_____, ____ de _____ de 200__.

FIRMA

Verificada esta solicitud se le ha encontrado conforme y habiéndose cancelado los derechos correspondientes, se ha ordenado la respectiva inscripción en el Registro Regional con el N° fecha

Y en el Registros del Consejo Nacional con el N° fecha

PRESIDENTE CONSEJO REGIONAL

PRESIDENTE CONSEJO NACIONAL