

SOLICITUD A COMPLETAR POR PROFESIONALES MEDICOS



**COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

2da. Circunscripción - Ley 3950 y sus Modificatorias

---

Rosario, .....

El/La Doctor/a .....Matricula N° .....,  
domiciliado en ..... de la localidad de  
....., Departamento: .....,  
Teléfono ..... e-  
mail:..... con documento  
....., registrado especialista en  
..... N° .....y recertificado el .....

solicita se **lo inscriba** en la Bolsa de Trabajo Médico del Colegio de Médicos, a los  
fines de confeccionar el listado que establece el art. 3°, inc. a) del Reglamento  
respectivo que declaro conocer y aceptar, cuya copia recibo en este acto.-

Firma del Solicitante

Observaciones: .....  
.....  
.....