

# Colegio de Fonoaudiólogos de Salta

Ley 7004 - Res. Gral. N° 78



## DECLARACIÓN JURADA CAMBIO DOMICILIO DE CONSULTORIO

### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido.....  
D.N.I. N°: .....E-Mail: .....  
Domicilio Particular: .....  
Localidad: ..... Teléfono: .....

### DATOS PROFESIONALES

M.P. N°: ..... Fecha de inscripción en el Colegio de Fonoaudiólogos: .....  
N° de CUIT: ..... Inicio de Act. Económicas: .....  
N° de Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud: .....  
Fecha de Inscripción: ..... Fecha de Vencimiento: .....  
Seguro de Mala Praxis N°:.....Empresa Aseguradora: .....

### DATOS DEL CONSULTORIO

Domicilio Anterior: .....N° Acta y Fecha Habilitación: .....  
Nuevo Domicilio de Consultorio.....  
Localidad: .....Teléfono: .....  
Consultorio compartido: SI :...../ NO.....Otro Profesional/Nombre Colega.....  
Tipo de Prestación: .....  
Días y Horario de Atención:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

### APARATOLOGIA:

.....  
.....  
.....

Los audiómetros e impedanciometros deben ser calibrados anualmente. Los certificados deben estar vigentes al momento de solicitar y deben obrar en poder del profesional para ser presentados ante la autoridad que los requiere.

*Declaro Bajo Juramento que todos los datos detallados, corresponden a la realidad, comunicando todo cambio que en ellos se produzcan. -*

Fecha: ...../.....//..... Firma y sello del Profesional .....

### PAGO

Recibo N°:..... Fecha.../.../.....

### OBSERVACIONES:

.....  
.....  
.....  
.....

### COMISION DIRECTIVA

### HABILITA CONSULTORIO

FECHA:...../...../..... N° ACTA:.....