



COLEGIO DE
PSICOPEdagOGOS
DE MISIONES

Posadas-Misiones, _____ de 2024

**A la Presidente del Colegio de
Psicopedagogos de la Provincia de Misiones
Lic. Rios Mercedes
S/D:**

El /la que suscribe _____ DNI N° _____

Título Profesional _____ M.P. N° _____

Domicilio particular _____

Teléfono _____ e-mail _____

Solicita la Habilitación de Consultorio sito en:

Calle _____

Localidad _____

Propiedad de: _____

Tipo de práctica a realizar _____

Detallar los materiales para la práctica antes mencionada

Especialidad _____

Comparte con otros especialistas _____

Observaciones _____

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados.

Firma del/la Profesional solicitante

Aclaración