Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires
Calle 5 Nro 966 – 1900 (La Plata) – Buenos Aires / www.colfarma.org.ar
Tel (0221) 4290900 (líneas rotativas) / farmaceuticos@colfarma.org.ar
Departamento
Relaciones
Profesionales

DECLARACION JURADA DE LIBRE EJERCICIO PROFESIONAL
(Anexo I Resolución HCD Nro. 5 de fecha 07/08/17)

La Plata, ... de ..... de .....

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

MATRICULA:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD.....

CUIT/CUIL:……

DOMICILIO PARTICULAR .....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....CODIGO POSTAL.....

TELEFONO PARTICULAR .....

DIRECCION DE EMAIL.....

Declaro bajo juramento no encontrarme inhabilitado/a para ejercer la profesión en la Provincia de Buenos Aires, por no registrar ejercicio profesional en el ámbito de cada una de las jurisdicciones que conforman la República Argentina, aún sin bloqueo de título. Se suscribe el presente documento conforme lo exige el art. 8 inc. 5 de la Ley 6.682 y art. 3 inc. e) del Reglamento del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires aprobado por Asamblea General Ordinaria del 15/07/1962 y sus modificaciones (T. O. Asamblea General Ordinaria del 26/07/2014). Asimismo asumo plena responsabilidad por la veracidad de los datos que aquí se suministran.----------

_____
Firma

_____
Aclaración