



COLEGIO PROFESIONAL DE LICENCIADOS
Y TÉCNICOS RADIOLOGOS DE
LA PROVINCIA DE SANTA FE - 2ª CIRC.



DECLARACIÓN JURADA MODALIDAD EJERCICIO DE LA PROFESION

El que suscribe _____
Documento de Identidad Tipo _____ N°: _____
Con Domicilio en _____ De la Localidad de _____
Tel: _____ - _____ Cel: _____ - _____ E-Mail: _____ @ _____
De Profesión **TECNICO RADIOLOGO** Matrícula N° _____ / **2**
Manifiesta BAJO JURAMENTO lo siguiente:

PRACTICA INDEPENDIENTE DE LA PROFESION

Lugar _____ Domicilio _____
Localidad _____ Horario _____
Tel: _____ Desde _____ Hasta la fecha. ____/____/____

Lugar _____ Domicilio _____
Localidad _____ Horario _____
Tel: _____ Desde _____ Hasta la fecha. ____/____/____

TRABAJO BAJO RELACION DE DEPENDENCIA DE LA PROFESION

Lugar _____ Domicilio _____
Localidad _____ Horario _____
Tel: _____ Desde _____ Hasta la fecha. ____/____/____

Lugar _____ Domicilio _____
Localidad _____ Horario _____
Tel: _____ Desde _____ Hasta la fecha. ____/____/____

ULTIMO LUGAR DE TRABAJO (Llenar en caso de suspender o cancelar la Matricula)

Lugar _____ Domicilio _____ Tel: _____
Localidad _____ Horario _____ Condición Laboral: _____
NO EJERZO Desde ____ / ____ / ____ Hasta la fecha.

**NO EJERCÍ COMO TECNICO RADIOLOGO EN LA PROVINCIA DE SANTA FE DESDE QUE
OBTUVE MI TITULO EN FECHA: ____ / ____ / ____**

FIRMA _____ **ACLARACION** _____

Localidad: _____ **FECHA** ____ / ____ / ____