



## Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

### LEY NACIONAL 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel: 5235-1683 / 4941-0552 | cpmv@medvet.info | www.cpmv.org.ar

Nº \_\_\_\_\_

S

Expte. Nº \_\_\_\_\_

# ////////////////////// FORMULARIO DE SOLICITUD ////////////////////////

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

(Los datos contenidos en este formulario son de carácter confidencial)

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Complete con sus datos:	
Nombre y apellido:	
Tipo y Número de Documento:	Matrícula Nº:*
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	
Email:	

\* Solo Matriculados en el CPMV

Datos de la persona / establecimiento responsable y/o involucrado en la situación:	
Nombre y apellido / Razón Social / Nombre de fantasía:	
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	

**Describa brevemente su solicitud:**

(Detalle con letra clara)

**Detallar la documentación adjunta:**

(Sólo si corresponde)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DENUNCIANTE

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal Administrativo

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI y/o Número de Matrícula

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción de Formulario