



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