



COLEGIO
DE PROFESIONALES EN
ENFERMERÍA
DEL SUR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Lugar y fecha: _____

Al Directorio

Del Colegio de Profesionales en

Enfermería del Sur de la Pcia. de Santa Fe

Autorizo al/la Sr./a _____;

DNI: _____; a retirar constancia a mi nombre, para ser presentado en:

Adjunto además fotocopias de los documentos nacionales de identidad.

Sin más, saluda atentamente.

Nombre y Apellido: _____

Matrícula Nro: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Firma: _____

