



COLEGIO PROFESIONAL DE FONOAUDIOLOGÍA

Provincia de Santa Fe | 1º Circunscripción

SOLICITUD DE INSPECCION PARA:

HABILITACION.....

RENOVACION.....

Trámite nro.

La/ El que suscribe Lic. / Fgo.....

Solicita la **HABILITACION/RENOVACION** de su consultorio cuyos datos son los siguientes:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono (consignar si o si):

Área de Atención

NIÑOS: ☐

ADOLESCENTES: ☐

ADULTOS: ☐

Tipo de prácticas a realizar

RESPIRACION ☐

OEA ☐

DOMICILIO ☐

VOZ ☐

POT. EVOCADOS ☐

AUDIOLOGIA: ☐

AUDIO ☐

LOGO ☐

IMP ☐

P.SUP ☐

☐

LENGUAJE ☐

☐

DISCAPAC ☐

DEGLUCION ☐

☐

☐

☐

Tipo de consultorio:

Clínica ☐

Centro ☐

Consultorio ☐

Otros ☐

Nombre:

Compartido con:

Datos particulares del profesional:

Domicilio:

Localidad: Teléfono:

Email:

Firma y sello del solicitante:

Fecha:

RECORDAR:

- 1- En el caso de no utilizar más un consultorio, se debe dar de baja por nota.
- 2- Renovación a los 5 años. Pedirla con no menos de 90 días antes.

