

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE/S		APELLIDO/S	
DNI N°:		FECHA NACIMIENTO:	

DATOS DE DOMICILIO Y CONTACTO			
CALLE:		ALTURA:	
PISO:		DPTO / U.F.:	
LOCALIDAD:		PARTIDO:	
N° CELULAR:		OTRO N° TEL.:	
MAIL:			

INFORMACIÓN PROFESIONAL			
TITULO DE GRADO:			
ORIENTACIÓN:		PROFESORADO:	SI / NO
AÑO DE GRADUACIÓN:		AÑO OTORGAMIENTO DEL TÍTULO:	
FACULTAD:			
UNIVERSIDAD:			
TÍTULO DE POSGRADO: DIPLOMATURA / ESPECIALIZACIÓN / MAESTRÍA / DOCTORADO / POSDOC			
1-			
UNIVERSIDAD:		AÑO DE GRADUACIÓN:	
2-			
UNIVERSIDAD:		AÑO DE GRADUACIÓN:	
AMBITO DE DESARROLLO PROFESIONAL:			
CARGO:			
INSTITUCIÓN:			
DOCENCIA:	CARGO:		
	INSTITUCIÓN:		
INVESTIGACIÓN:	CARGO:		
	INSTITUCIÓN:		

Por la presente, solicito mi inscripción en la matrícula del Colegio de Sociólogos de la Provincia de Buenos Aires (C.S.P.B.A.) en base a los datos que anteceden. Así mismo declaro bajo juramento no estar afectado/a por inhabilitaciones permanentes o transitorias emanadas de otros Colegios profesionales, ni tampoco por sentencia judicial alguna.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración: