

Al
Registro de Unidades de Gestión
de Prestaciones de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Córdoba,

El que suscribe.....
D.N.I.Nº, con domicilio en
....., de la ciudad de

AUTORIZO AL COLEGIO PROFESIONAL DE KINESIOLOGÓS Y
FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA para que en mi nombre y
representación retiren oportunamente la HABILITACIÓN que me conceda el
MINISTERIO DE SALUD de la PROVINCIA DE CÓRDOBA.-

Apoderado o propietario

Firma

Aclaración

**NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación
que acredite su identidad.**