



COLEGIO DE PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

LEY 11146

LA PAZ 494-CONTACTO/ WHATSAPP 343-5132987

3.100-PARANA -ENTRE RÍOS

Inscripción para la obtención del Certificado de Especialista en Salud Mental

PARANA, DE 2025

Al Concejo De Especialidades del COPTSER:

Quien suscribe, cuyos datos personales y profesionales detalla al pie, solicita ser inscripto para la obtención del Certificado de Especialista en Salud Mental del COPTSER.

Para lo cual declara conocer y acatar las disposiciones que establece la Ley 11146/24 y norma reglamentaria Resolución Nº 036/24 CD.

Sin otro particular, saluda a Ud, muy atentamente.

FIRMA PROFESIONAL

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Apellido y Nombres _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

DNI Nº _____ Matrícula Profesional Nº _____ Año de Aprobación _____

Domicilio Actualizado _____

Localidad _____ Departamento _____ Código Postal _____

Teléfono celular con whatsapp Nº _____ Correo electrónico _____

Teléfono alternativo _____ Correo electrónico alternativo _____

Título _____ Fecha _____

Expedido por _____

Fecha de ingreso RISAM _____ Fecha de egreso RISAM _____

Lugar de Ejercicio de la Profesión _____ Fecha _____

Antigüedad _____ Cargo _____ Función _____

Observación (información que crea relevante completar) _____