



Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

LEY NACIONAL 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 5235-1683 / 4941-0552 | cpmv@medvet.info | www.cpmv.org.ar

Nº

D

Expte. Nº _____

//////////////////// FORMULARIO DE DENUNCIAS //////////////////////

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

(Los datos contenidos en este formulario son de carácter confidencial)

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Complete con sus datos:	
Nombre y apellido:	
Tipo y Número de Documento:	Matrícula Nº:*
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	
Email:	

* Solo Matriculados en el CPMV

Datos de la persona / establecimiento responsable y/o involucrado en la situación:	
Nombre y apellido / Razón Social / Nombre de fantasía:	
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	

Describa brevemente los hechos denunciados:

(Detalle con letra clara el lugar, fecha, horario, las personas presentes, y cualquier información importante de la situación)

Detallar la documentación adjunta: (En caso de Presunta Mala Praxis, debe adjuntar Historia Clínica, Factura de la atención clínica y Necropsia, si corresponde. No se aceptarán si no se incluye la documentación antes detallada.)

FIRMA DEL DENUNCIANTE

ACLARACIÓN

DNI y/o Número de Matrícula

Firma del Personal Administrativo

Aclaración

____/____/_____
Fecha de recepción de Formulario