



SOLICITUD FORMAL DE AUTORIZACIÓN DE DOBLE REGENCIA

Sr./Sra. Presidente/a del
Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Catamarca
S / D

Quien _____ suscribe, _____ Dr./Dra.
_____, DNI N.º
_____, Médico/a Veterinario/a, Matrícula Profesional N.º
_____, con domicilio real en
_____, correo electrónico
_____ y teléfono
_____, se presenta ante el Colegio Médico Veterinario de
la Provincia de Catamarca y solicita formalmente **autorización para el ejercicio
simultáneo de dos regencias profesionales**, conforme los datos que se
detallan a continuación:

I. PRIMERA REGENCIA

Denominación comercial del establecimiento:

Titular / Razón Social:

CUIT: _____

Domicilio del establecimiento:

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Actividad desarrollada:

Carácter de la función profesional:

Fecha de inicio de la regencia: ____ / ____ / ____

Días y horarios de prestación profesional:

II. SEGUNDA REGENCIA

Denominación comercial del establecimiento:

Titular / Razón Social:

CUIT: _____

Domicilio del establecimiento:

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Actividad desarrollada:

Carácter de la función profesional:

Fecha de inicio propuesta: ____ / ____ / ____

Días y horarios de prestación profesional:

III. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD Y COMPATIBILIDAD

Solicito la autorización excepcional para el ejercicio simultáneo de las regencias precedentemente individualizadas, manifestando que la organización de días, horarios, distancias y modalidades de prestación profesional resulta compatible con el cumplimiento **personal y efectivo** de las responsabilidades inherentes a cada función.

A tal efecto, expongo las circunstancias que justifican la presente solicitud y permiten garantizar el adecuado cumplimiento de ambas regencias:

Declaro bajo juramento que los datos consignados son completos y veraces, y que los horarios denunciados corresponden a la efectiva prestación profesional comprometida en cada establecimiento.

Asimismo, tomo conocimiento de que la presentación de esta solicitud **no implica su autorización automática**, quedando sujeta a la evaluación y resolución de la Comisión Directiva del Colegio Médico Veterinario de la Provincia de Catamarca.

Presto conformidad para que los datos, horarios y condiciones declarados sean verificados mediante los mecanismos de fiscalización, inspección y control que correspondan.

Lugar: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del/de la profesional: _____

Aclaración: _____

M.P. N.º: _____