

Registro de postulantes para integrar el Órgano de Revisión de Salud Mental del Art. 27, Ley N° 5.349 y Resolución N° 105/19 DPRN

## Formulario de Inscripción

**Para formalizar la inscripción deberá adjuntar a este formulario toda la documentación requerida en la Resolución N°075/21 DPRN, la que deberá estar certificada por autoridad competente. La misma deberá ser enviada al correo [inscripcionorm@gmail.com](mailto:inscripcionorm@gmail.com), en los plazos establecidos. Caso contrario la presente inscripción quedará desestimada.**

Categoría a la que se inscribe:

- a) Usuarios y familiares del sistema de salud
- b) Profesionales y otros trabajadores de la salud
- c) Organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Estoy de acuerdo con los requisitos establecidos en la Resolución N°075/21 DPRN

### INFORMACIÓN GENERAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Denominación / Razón Social:			
Forma Jurídica:			
Carácter:	Privado	Público	Estatal No estatal
N° de C.U.I.T.			
Domicilio:		N°	CP:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono/Fax:			
Correo electrónico constituido:			
Sitio web:			
Fecha de creación:			
Forma Jurídica que adopta:			
Inscripción de persona jurídica:			
Fecha de otorgamiento de la persona jurídica:			

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre completo:

Apellidos:

Cargo:

Tipo y N° de DNI:

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre completo:

Apellidos:

Cargo:

Tipo y N° de DNI:

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre completo:

Apellidos:

Cargo:

Tipo y N° de DNI:

**OBJETO PRINCIPAL DE LA ORGANIZACIÓN:**

Empty box for the main purpose of the organization.

.....  
Firma del Representante Legal

.....  
Aclaración