

**Anexo 2 Para ser enviado al CBA**

| <b>REGISTRO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</b>  |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <b>INSTITUCIÓN DE SALUD</b>   |  |  |                                   |
| <b>N° DE REGISTRO</b><br>(debe ser único para cada persona objetora)  |  |  |                                   |
| <b>PROFESIÓN Y CARGO</b>  |  |  |                                   |
| <b>LISTADO DE OTRAS INSTITUCIONES DONDE SE DESEMPEÑE LA PERSONA OBJETORA</b><br>(agregar tantas filas como corresponda) |  |  |                                   |
| <b>INSTITUCIÓN</b>  |  |  | <b>Fecha de declaración de OC</b> |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
| <b>PRÁCTICA/S OBJETADA/S</b><br>(agregar las que correspondan)  |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
| <b>FUNDAMENTOS POR LOS QUE SE OBJETA LA PRÁCTICA</b>  |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
|   |  |  |                                   |
| <b>FECHA DE ALTA</b>  |  |  |                                   |
| <b>FECHA DE RATIFICACIÓN ANUAL DE ALTA</b>  |  |  |                                   |
| <b>FECHA DE BAJA</b>  |  |  |                                   |
| <b>FECHA</b>  |  | <b>FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN</b> |                                   |
|   |  |  |                                   |