

## FORMULARIO DE CANCELACION DEFINITIVA DE MATRICULA

La Plata, \_\_\_\_\_

Sr. Presidente del

**Colegio de Médicos - DISTRITO I**

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, y por su intermedio a quien corresponda, a los efectos de solicitar la **CANCELACION DEFINITIVA DE LA MATRICULA PROVINCIAL N° \_\_\_\_\_**, perteneciente al **DOCTOR/A \_\_\_\_\_**, a partir del día \_\_\_\_\_, dado a partir de dicha fecha no ejerceré en la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires.

Sin otro particular, saluda a Usted muy atentamente.-

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR y CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Firma, aclaración y matrícula provincial)**