

## **FORMULARIO DE CANCELACION por FALLECIMIENTO**

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 \_\_\_\_\_, tal cual consta en el **CERTIFICADO DE DEFUNCION** adjunto a la presente nota.-

Sin otro particular, saluda a Usted muy atentamente.-

- ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION -

\_\_\_\_\_  
**(Firma y aclaración)**

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

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

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

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