

FORMULARIO DE REHABILITACION de CANCELACION DEFINITIVA

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 **REHABILITACION** de la **MATRICULA PROVINCIAL Nº** _____, perteneciente al **DOCTOR/A** _____, a partir del día _____.

Sin otro particular, saluda a Usted muy atentamente.-

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONO PARTICULAR y CELULAR: _____

E-MAIL: _____

(Firma, aclaración y matricula provincial)