

**Levantamiento de Suspensión Voluntaria de Matrícula**

(localidad) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires  
Distrito II Mar del Plata  
Sra. Presidente Malmierca Elba Raquel  
S/D  
-----

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle quiera disponer por donde corresponda, se proceda al LEVANTAMIENTO DE LA SUSPENSIÓN

VOLUNTARIA de mi matrícula N° ....., en este Distrito a partir del .....(especificar fecha).

Sin otro particular, quedado a la espera de una pronta como favorable respuesta, saludo atte.

FIRMA

ACLARACIÓN:

Datos de inclusión obligatoria

DOMICILIO PARTICULAR: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

DOMICILIO PROFESIONAL: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

FIRMA

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por correo común ó personalmente