

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