

Suspensión Voluntaria de Matricula

(localidad) _____, ____/____/____

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Distrito II Mar del Plata
Sra. Presidente: Obst. 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 a otorgarme la SUSPENSIÓN
VOLUNTARIA de
mi matrícula N°....., en este Distrito por el
período.....

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