**Levantamiento de Suspensión Voluntaria de Matrícula**

(localidad) , \_/ / \_

**Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires**

**Distrito V – San Isidro**

**Sra. Presidente: Lic. Obst. Margarita VILAR**

------------------------------------------------------------------------------

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 Nº......................, 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 este formulario por correo postal o personalmente