

Baja de Matrícula

(localidad) _____ / ____ / ____

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Distrito II – Mar del Plata
Sra. Presidente: Lic. Obst. Cecilia Aida CRESPI
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 dar de baja mi matrícula N°....., en este Distrito.

MOTIVO: (Marque con un tilde)

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Jubilación Ordinaria | <input type="radio"/> |
| Jubilación Extraordinaria | <input type="radio"/> |
| Jubilación Proporcional | <input type="radio"/> |
| Continúa en el Distrito..... | <input type="radio"/> |
| Cancela en Pcia. de Buenos Aires | <input type="radio"/> |
| Por enfermedad | <input type="radio"/> |

FECHA DE CANCELACION/...../.....

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 portal o personalmente