

## Baja de Matrícula

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

**Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires**  
**Distrito V – San Isidro**  
**Sra. Presidente: Lic. Obst. Myriam Elizabeth AQUINO**  
**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