

Levantamiento de Suspensión Voluntaria de Matrícula

(localidad) _____, ____/____/____

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

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 este formulario por correo postal o personalmente