

## Levantamiento de Suspensión Voluntaria de Matrícula

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

**Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires**  
**Distrito III – Pergamino**  
**Sra. Presidente: Lic. Obst. Cecilia G BASSI**  
**S/D**

-----

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