

## Suspensión Voluntaria 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 otorgarme la **SUSPENSIÓN VOLUNTARIA** de mi matrícula N°....., en este Distrito por el período.....

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