

## FORMULARIO: BAJA DE LA MATRÍCULA

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

**Colegio de Obstétricas de la  
Provincia de Buenos Aires**

**Distrito ..... – .....**

**Sra. Presidente:**

.....

**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="checkbox"/> |
| Jubilación Extraordinaria        | <input type="checkbox"/> |
| Continúa en el Distrito .....    | <input type="checkbox"/> |
| Cancela en Pcia. de Buenos Aires | <input type="checkbox"/> |
| Por enfermedad                   | <input type="checkbox"/> |

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

Sin otro particular, quedado a la espera de una pronta como favorable respuesta, saludo atte.

### Requisitos

- *Completar, firmar y presentar el formulario de BAJA.*
- *Presentar título original y entregar la credencial de obstétrica.*
- *Estar al día con la cuota anual de colegiación/inscripción.*
- **Baja por fallecimiento:**
  - Completar, firmar y presentar el formulario de **BAJA**, aclarando el parentesco.
  - Adjuntar fotocopia del certificado de defunción.

FIRMA

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

### Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ MP: \_\_\_\_\_

Domicilio Real: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

T.E. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_