

FORMULARIO: DUPLICADO DE CREDENCIAL

(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 otorgarme un duplicado de mi credencial, siendo mi matrícula N°....., en este Distrito.

MOTIVO: (Marque con un tilde)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Extravío | <input type="checkbox"/> |
| Robo o hurto | <input type="checkbox"/> |
| Deterioro | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de domicilio | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> |

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

Requisitos

- *Completar, firmar y presentar el formulario.*
- *Presentarse con una foto carnet en el Distrito correspondiente.*
- *Estar al día con la cuota anual de colegiación/inscripción.*
- *Acompañar la denuncia de corresponder.*

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____
Domicilio Real: Calle _____ N° _____
Localidad _____ Código Postal _____
T.E. _____ E-mail _____

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....