

FORMULARIO: LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIÓN VOLUNTARIA

(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 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.

Requisitos

- *Completar y presentar el formulario de Levantamiento de Suspensión Voluntaria.*
- *En caso de enfermedad: adjuntar certificado de alta médica.*
- *Deberá abonar el proporcional de la Matrícula según corresponda.*

FIRMA

ACLARACIÓN: _____

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____

Domicilio Real: Calle _____ N° _____

Localidad _____ Código Postal _____

Tel.: _____ E-mail _____

Domicilio Profesional: _____

LOCALIDAD: _____ Tel.: _____

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por correo común ó personalmente