

FORMULARIO: 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 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.

Requisitos

- *Completar y presentar el formulario de Suspensión Voluntaria.*
- *En caso de enfermedad: adjuntar certificado médico.*
- *Estar al día con la cuota anual de colegiación. Para no abonar la MP del año en curso, la nota del primer pedido deberá ingresar hasta el mes de Febrero, pasada esa fecha se abonará proporcional.*
- *Las Suspensiones Voluntarias se piden por un año, con la posibilidad de renovar un año más*
- *La colegiada que goce de la Suspensión voluntaria deberá informar si desea continuar con dicho beneficio antes que finalice el período otorgado; teniendo en cuenta que, sólo se podrá suspender la matrícula voluntariamente hasta dos años, cumplido ese período deberá continuar con su matrícula o podrá solicitar la baja definitiva.*

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____

Domicilio Real: Calle _____ N° _____

Localidad _____ Código Postal _____

T.E. _____ E-mail _____

FIRMA

ACLARACIÓN: _____