



Lugar		Fecha			
-------	--	-------	--	--	--

Señor Presidente
 Colegio de Médicos -Distrito VI -
 Dr. Jorge O. Lusardi.
 S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle la **CANCELACIÓN** **BAJA** (1)

de mi Matrícula Provincial en forma **DEFINITIVA** **TRANSITORIA** (2)

por _____ (3)

Sin otro particular, lo saluda a Ud. muy atte.

 - Firma -

Apellido y Nombre		Matric. Prov.	
Domicilio Real		Localidad	
Teléfonos		E-mail	

- INSTRUCTIVO -

(1) y (2)	"Tachar lo que no corresponda".-
(3)	"Aclarar los motivos: Jubilación. Cambio de Distrito, Cese del Ejercicio Profesional en el Distrito, Radicación fuera de la Provincia de Buenos Aires, Cese del Ejercicio Profesional en la Provincia de Buenos Aires".-
BAJA	"Cese definitivo o transitorio del ejercicio profesional en el Distrito".-
CANCELACIÓN	"Cese definitivo o transitorio del ejercicio profesional en la Pcia. de Bs. As.".-
IMPORTANTE	"La firma de esta solicitud deberá estar autenticada por el Consejero del Partido ante este Colegio de Médicos, o por Escribano Público, o Registro de Comercio de cualquier Localidad".-