



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   ( 1 )  
 de mi Matrícula Provincial en forma   ( 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".-