|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar** |  | **Fecha:** |  |  |  |

**Señor Presidente**

**Colegio de Médicos -Distrito VI -**

**Dr. Jorge O. Lusardi**

**S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D**

**De mi mayor consideración:**

 **Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle la "REHABILITACIÓN DE MI MATRÍCULA PROVINCIAL" a** **partir del**

**día ...... / ...... / .......... , la que fuera dada de baja con fecha**b **...... / ...... / .......... .-**

**Sin otro particular, saluda a Ud. muy atte.-**

 **......................................................**

 **- Firma -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y** **Nombre:** |  | **Nº Matrícula** **Provincial** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio**  **Real:** |  | **Localidad:**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfonos:** |  | **E-mail:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio**  **Prof.:** |  | **Localidad:**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfonos:** |  | **E-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANTE:** | **“Es requisito fundamental presentar un certificado de actitud psicofísica y en caso de estar o haber estado inscripto o colegiado en otro Distrito y/o Colegio Médico también certificado de ética y colegiación .** **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”.** |