



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

Córdoba.....de.....

Señor
Presidente del
Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba
Dr.
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo al Sr. Presidente y, por su digno intermedio, al Honorable Consejo Directivo de la Institución, con el objeto de solicitar la suspensión de mi inscripción en la matrícula del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba N°a partir de día.....del mes.....del año.....y hasta el día.....del mes.....del año.....inclusive.-

Asimismo, autorizo fehacientemente a las autoridades del Colegio para que, si vencido el lapso de suspensión ante citado no la hubiere rehabilitado, procedan a solicitar en mi nombre y representación, por ante el Consejo Directivo del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, la cancelación de mi matrícula profesional en los términos del artículo 13 de la Ley Provincial 4806 y Resolución N° 573/2015 del Consejo Directivo.-

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludarle con toda consideración.-

.....
Firma

.....
Aclaración de firma

.....
Tipo y N° de Documento

El domicilio al se me deberán remitir las comunicaciones que correspondieren es:

.....
Domicilio Localidad

.....
Provincia Teléfono