



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000

www.colodontcba.org.ar

TE/Fax: 0351-4224209/4251653

Solicita cancelación de matrícula profesional

**Señor Presidente
Del Consejo Directivo**
S / D

El/la que suscribe.....
tiene el agrado de dirigirse a Ud. a fin de solicitar la cancelación de la Matrícula Profesional de Odontólogo Nro:perteneiente a el/la odontólogo/a.....
.....DNI n°..... domiciliado/a en la calle
.....n°..... piso..... dpto..... del barrio
..... de la ciudad..... en la provincia de
teléfono.....y el siguiente e-mail.....

Asimismo se solicita que, previa a la cancelación de matrícula, se proceda a actualizar el correspondiente legajo de deudas con ese Colegio para su regularización, en el caso de existir obligaciones pendientes de pago.

Motivo por el cual solicito la cancelación de la matrícula profesional

- 1-Traslado de provincia
- 2-Traslado de país
- 3-Dejar de Ejercer la Profesión
- 4-Jubilación
- 5-Fallecimiento
- 6-Enfermedad física o mental que inhabilite el ejercicio de la profesión
- 7-Otros:

En un todo de acuerdo a las normas legales vigentes, la cancelación de la matrícula inhabilita para el ejercicio de la profesión en el territorio de la Provincia de Córdoba (art.11 de la Ley 4806). Procedo a solicitar la cancelación de matrícula en conocimiento de los reglamentos de Inscripción, Cancelación, Suspensión, Inhabilitación y Reinscripción, los cuales pueden ser modificados sin previo aviso.

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente.

Fecha:/...../.....

Firma:

Aclaración:

D.N.I.: