



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000
www.colodontcba.org.ar
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

Solicitud de suspensión de matrícula profesional

**Señor Presidente
Del Consejo Directivo
Colegio Odontológico de la
Provincia de Córdoba**
S / D

El/la que suscribe.....
tiene el agrado de dirigirse a Ud. a fin de solicitar la suspensión de la Matrícula Profesional
MP.....pertenciente a el/la odontólogo/a.....
.....DNI n°..... a partir del día.....del mes.....del año.....y
hasta el día.....del mes.....del año.....inclusive.-

Fijando domicilio en la calle n°.....piso.....
dpto del barrio de la Ciudad en la
provincia de celular n°.....y el siguiente
correo electrónico

Motivo de la solicitud.....

*Además, autorizo 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.-*

*Asimismo se solicita que, previa a la suspensión 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. En un todo de acuerdo a las normas legales vigentes, la suspensión 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 suspensión 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.: