



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

Solicitud de suspensión de matrícula profesional

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

El/la que suscribe.....
tiene el agrado de dirigirse a Usted a fin de solicitar la suspensión de la Matrícula Profesional MP N° perteneciente 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, se proceda a cancelar mi matrícula de manera automática en los términos del artículo 13 de la Ley Provincial 4806 y Resolución N°156/1980 modificada por acta 675 del 24/02/2023 de Consejo Directivo y por la Asamblea Ordinaria del 19/05/2023 (Acta 115). Es mi exclusiva responsabilidad acudir a generar cualquier cambio de estado de matrícula previo al vencimiento del plazo solicitado.-

Asimismo se solicita que, previa a la suspensión de matrícula, se proceda a actualizar el correspondiente legajo, en el caso de existir obligaciones pendientes. 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.

Fecha:/...../.....
Firma:
Aclaración:
D.N.I.: