



INT. Alderete Salas 1037 – Catamarca – 4700

www.colodontcat.org.ar

Te/Fax: 0383- 4435093

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 Matricula Profesional de Odontólogo
Nro.:.....perteneiente a el/la odontólogo/a.....
domiciliado en la calle.....nº.....piso.....
dpto.....del barrio.....de la ciudad.....
.....en la provinciateléfono.....
.....y el siguiente e-mail.....@.....

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

Motivos por el cual solicito la cancelación de la matricula 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 Catamarca (la Ley 4023).

Sin otro particular, saluda a Ud. Atentamente.

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

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I:.....