

**SOLICITUD DE
CANCELACIÓN DE MATRÍCULA**

..... de de 20....

El que suscribe,

Odontólogo MATRICULADO en el Colegio de Odontólogos de la provincia de Buenos Aires– Distrito bajo el número de matrícula solicita se proceda a **CANCELAR SU MATRÍCULA**, y manifiesta, con carácter de Declaración Jurada, cesar el ejercicio profesional en esta provincia, a partir del

Asimismo declara haber solicitado la cancelación de su condición de REGISTRADO en los Distritos correspondientes:

Observaciones

.....

.....

Firma del Profesional

INFORME DEL DISTRITO:

Habiendo cumplido los requisitos del Reglamento de Matriculación, y no existiendo impedimentos para acceder a lo requerido, se hace lugar a lo peticionado, otorgándose la **CANCELACIÓN DE SU MATRÍCULA** de conformidad con lo dispuesto en el artículo inciso de la Ley 12.754 y modificatoria

Secretario

Presidente.....

POR EL CONSEJO DIRECTIVO DE DISTRITO