

Mar del Plata,

Sra. Presidente

DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DISTRITO IX

DE LA PCIA. DE BS. AS.

DRA. MARTA INCHAURRONDO

SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

Solicito a Ud. la rehabilitación de mi matrícula N.º

a partir del

, fijando mi domicilio particular en

localidad

, telefono

celular

, email

domicilio profesional en

, localidad

teléfono

Ha ejercido la profesión desde que solicitó la baja de matrícula:

No:

Sí

Donde?

Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada.

Saludo a Ud. muy atte.

Firma

Aclaración

Matrícula N.º