



Colegio de Odontólogos
de la Provincia de Buenos Aires

**SOLICITUD DE CANCELACION DE
MATRICULA O REGISTRO**

Señor _____, de _____ de 20 ____
Presidente del Colegio de Odontólogos
de la Provincia de Buenos Aires

Distrito _____

Doctor _____

S/D

El que suscribe, _____

Odontólogo matriculado / registrado, en el Colegio de Odontólogos - Distrito _____ de la Provincia de Buenos Aires

bajo el N°. _____ con domicilio legal en _____

y profesional en _____

solicita se proceda a cancelar su Matricula / Registro para lo cual manifiesta con carácter de **Declaración Jurada**, cesar el ejercicio profesional en su jurisdicción a partir del _____ / ____ / ____

Asimismo declara haber solicitado la cancelación de su condi-

ción de registrado en el / los Distritos _____

Saluda a Ud. atentamente.

Firma _____