



COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE TUCUMAN

Ley 5542

SOLICITUD DE CANCELACION DE MATRICULA PROFESIONAL

Señora Presidente
Del Consejo Directivo
S _____ /D

El/la que suscribetiene el agrado de dirigirse a Ud., a fin de solicitar la cancelación de la Matricula Profesional de Odontólogo N°pertenciente a el/la odontólogo/adomiciliado en calle.....N°.....piso.....dpto.....del barriode la ciudaden la provincia deteléfonoy el siguiente e-mail

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

Motivo por el cual solicito la cancelación de la matricula profesional

-Traslado de provincia
- Traslado de país
- Dejar de ejercer la Profesión
- Jubilación
- Fallecimiento
- Enfermedad física o mental que inhabilite el ejercicio de la profesión
- Otros:

En un todo de acuerdo a las normas legales vigentes, la cancelación de la matricula inhabilita para el ejercicio de la profesión en el territorio de la Provincia de Tucumán (art. 78 de la Ley 5542).

Sin otro particular, saludo a Ud., atentamente.

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

Aclaración:

D.N.I:

Firma