

**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**