

**SOLICITUD DE  
CANCELACIÓN DE REGISTRO**

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

El que suscribe,

Odontólogo REGISTRADO en el Colegio de Odontólogos de la provincia de Buenos Aires– Distrito  bajo el número de matrícula  solicita se proceda a **CANCELAR SU REGISTRO**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo  inciso  de la Ley 12.754 y modificatoria, para lo cual manifiesta , con carácter de Declaración Jurada, cesar el ejercicio profesional en esta jurisdicción, a partir del

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 REGISTRO** de conformidad con lo dispuesto en el artículo  inciso  de la Ley 12.754 y modificatoria.

Secretario .....

Presidente.....

**POR EL CONSEJO DIRECTIVO DE DISTRITO**