

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

Me dirijo al Sr. Presidente del Colegio de Odontólogos de la provincia de Buenos Aires – Distrito  a fin de solicitar la inscripción como **REHABILITADO** de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de Colegiación y los Reglamentos vigentes, declarando no hallarme bajo el alcance de las causales de inhabilitación o incompatibilidad previstas en la citada ley, adjuntando toda la documentación necesaria a sus efectos, y declarando bajo juramento la veracidad de los datos que seguidamente se consignan:

Apellido y Nombres

Fecha de nacimiento  Nacionalidad

Tipo de Documento  N°  Matrícula N°

Título expedido por la Universidad

Fecha  Libro/Fac.  Folio/Unives.  N°

Matrícula Nacional N°  Fecha  Otras matrículas .....

Correo Electrónico

Teléfono Celular

**Domicilio Real**  
Calle: .....Tel:(.....).....  
Localidad: ..... C.P.....Partido: .....

**Domicilio Especial**  
Calle: .....Tel:(.....).....  
Localidad: ..... C.P.....Partido: .....

**Domicilio Profesional**  
Calle: .....Tel:(.....).....  
Localidad: ..... C.P.....Partido: .....

**Domicilio Profesional**  
Calle: .....Tel:(.....).....  
Localidad: ..... C.P.....Partido: .....

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 petitionado, otorgándose la **REHABILITACIÓN**, a partir del

Secretario .....

Presidente.....

**POR EL CONSEJO DIRECTIVO DE DISTRITO**