

..... 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 peticionado, otorgándose la **REHABILITACIÓN**, a partir del

Secretario

Presidente.....

POR EL CONSEJO DIRECTIVO DE DISTRITO