



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

SOLICITUD REHABILITACIÓN DE MATRÍCULA

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

Sra. Presidenta del
Colegio de Médicos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitar la REHABILITACIÓN de mi matrícula provincial N° _____ a partir del día _____ por _____

Al efecto manifiesto con carácter de declaración jurada:

1) No estar afectado por las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad para el ejercicio profesional en el Distrito establecidas en el art. 40 incisos a), c) y d) del Decreto Ley 5413/58 y art. 4 de la Ley 4534.

2) Domicilio Real: _____

Domicilios Profesionales: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

3) Los datos consignados precedentemente resultan actuales y completos, comprometiéndome a notificar en el plazo de 72 horas al Colegio de Médicos Distrito X, cualquier cambio o modificación de los mismos.

Conozco y acepto que los actos que, para el cumplimiento de sus efectos propios, requieran en lo sucesivo de la utilización de estos datos, se tendrán por válidos y eficaces. Las comunicaciones que se cursen a los domicilios declarados se tendrán por notificadas.

Firma y Aclaración:

Matrícula N°:

*Adjunto fotocopia del certificado médico. (en caso que haya cancelado por enfermedad)