



**COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
DISTRITO I**

Avda. 51 º723 – 1900 La Plata – Telefax: (0221) 425-6311 – 427-1997 \* E-mail: [info@colmed1.org.ar](mailto:info@colmed1.org.ar)

La Plata, \_\_\_\_\_

**Sr.  
Presidente del  
Colegio de Médicos de la  
Pcia. de Bs. As. Distrito I  
Dr. RICARDO MARCHETTI  
S/ Despacho**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitar la **CANCELACIÓN DEFINITIVA POR FALLECIMIENTO** de la matrícula provincial N°: \_\_\_\_\_, perteneciente al Dr./a.: \_\_\_\_\_, a partir del día: \_\_\_\_\_, según consta en el certificado de defunción que en fotocopia se adjunta.-

Sin otro particular lo saluda atentamente.-

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Domicilio