



**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 TRANSITORIA** de mi matrícula provincial, a  
partir del día \_\_\_\_\_ -

Sin otro particular lo saluda atentamente.-

\_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_

M.P.: \_\_\_\_\_

\* ADJUNTO FOTOCOPIA DE CERTIFICADO MEDICO