

COLEGIO DE GRADUADOS EN NUTRICION

2DA CIRCUNSCRIPCION.

SEDE ROSARIO LEY 13264

Presidente Roca 1865- 2000. Rosario. Pcia. De Santa Fe.

e-mail: colgn2c@gmail.com



Rosario,.....de.....20.....

Sr. Presidente del

Colegio de Dietistas, Nutricionistas-Dietistas y Lic. en Nutrición

de la Provincia de Santa Fe

Lic.....

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitar la cancelación de mi MP Nº, por.....

..... acompañando a la presente mi credencial personal.

Me comprometo a verificar que el Consejo Directivo haya concedido la cancelación de matrícula y declaro hacer conocimiento que resuelta favorablemente la presente, quedo inhabilitado/a para ejercer la profesión bajo cualquiera de sus formas en el territorio provincial.

Así mismo declaro conocer que deberé cumplir con todos los requisitos de Rematriculación que se encuentren vigentes al momento de solicitar la misma.

En este mismo acto tomo conocimiento que las autoridades del Colegio procederán a hacer público la presente cancelación ante las autoridades y organismos pertinentes.

Sin otro particular y esperando que el Honorable Consejo directivo de su aprobación a mi pedido, saludo a Ud. atte.-

.....
Firma del interesado

.....
DNI

.....
Aclaración