

Santa Fe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

**Sres.**

**Colegio de Odontólogos Prov. Santa Fe – 1 Circ.**

De mi consideración:

Por medio de la presente quien suscribe se dirige a ustedes a efectos informar el cese de mi actividad profesional en el consultorio odontológico sito en \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ a partir del día \_\_\_\_\_.

Firma:

Aclaración:

Matricula: