

Santa Fe,..... de..... de 2025

Sres.

Colegio de Odontólogos Provincia Santa Fe – 1 Circ.

Por medio de la presente, quien suscribe, Odontólogo/a .....  
....., Matricula Nro. ....../01

se dirige a ustedes para solicitar la baja de la matricula profesional otorgada por el  
Colegio a partir del de la fecha.

Saludos cordiales.

Firma:

Sello/ aclaración: