



Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito _____

Reglamento de Matriculación ANEXO IX

Solicitud de Cancelación de Matrícula

Lugar y fecha: _____ ,

Sr./a. Presidente del
Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
S _____ / _____ D

Por la presente solicito la cancelación de la matrícula, conforme a los
términos del Art. 56 de la Ley 10.306 y al Art. 15 del Reglamento de Matriculación.

Saludo atentamente,

Firma

DATOS PERSONALES:

Apellido/s:.....
Nombre/s:.....
N° de Matrícula:

CAUSA DE LA SOLICITUD DE CANCELACIÓN

- * Por enfermedad física o mental que inhabilitan para el ejercicio profesional
- *Por Fallecimiento
- *Por inhabilitación Judicial
- *Por radicación y ejercicio profesional fuera de la Provincia
- *Por inhabilitación o incompatibilidades prescritas por la Ley
- *Por cese en el ejercicio profesional
- *Por cese en el ejercicio profesional **JUBILACION**

En este acto, y con mi firma al pie, declaro bajo juramento la veracidad de lo expuesto, y que de modificarse la situación que motiva este pedido, lo notificaré de inmediato al Colegio de Psicólogos de este Distrito, a efectos de reanudar mi tarea profesional tal como lo establece la Ley 10.306 y sus modificatorias.



Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires - Reglamento de matriculación - Anexo IX

Adjunto a la presente, hago entrega de la siguiente documentación:

C R E D E N C I A L	S I	N O (C A U S A)
H A B I L I T A C I Ó N D E C O N S U L T O R I O	S I	N O (C A U S A)

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

I M P O R T A N T E : La entrega de la presente solicitud *NO* implica la aceptación automática de la solicitud de cancelación

P A R A U S O E X C L U S I V O D E L C O L E G I O

El Consejo Directivo, en sesión del día..... de..... de 20....., resuelve aprobar la presente solicitud de Cancelación de la Matrícula

Secretario General

Presidente

La presente cancelación se comunicará al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, a los Colegios de Psicólogos de Distrito y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Fecha:/...../.....

IMPORTANTE: Se deja constancia que el interesado se compromete a presentar toda la documentación respaldatoria en papel al momento que se le solicite en cuanto se retome el funcionamiento presencial y sea citado a tal fin.