

Córdoba,

**A la Sra. Presidente del
Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba
Lic.
S/D**

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitar la cancelación de mi MP N°, debido a
.....
.....
.....
hago entrega de mi credencial profesional o nota que da cuenta de la misma, a su vez,
adjunto constancias que acreditan el motivo de la presente solicitud (enumere los
documentos que presenta) 1-
2-
3-,
cumpliendo de este modo los requisitos solicitados por el reglamento vigente.

Me comprometo a verificar que el Consejo Directivo haya concedido la cancelación de
matrícula y declaro tener 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 debo cumplir con todos los requisitos vigentes
de rematriculación al momento de solicitar la misma.

En este mismo acto tomo conocimiento que las autoridades del Consejo Directivo del
Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba procederán a hacer pública la
presente cancelación ante las autoridades, organismos pertinentes como ante quienes
considere, según lo establece la Ley 7661 en sus artículos 7 y 8 incisos 10 y e
respectivamente.

Sin otro particular, y esperando que el Honorable Consejo Directivo del Colegio de
Nutricionistas de la Provincia de Córdoba, de su aprobación a mi pedido, saludo atte.

.....
Firma

.....
Sello Profesional

.....
DNI