

MINISTERIO DE SALUD

**NOTA DE SOLICITUD**

Por medio de la presente, …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………., DNI N° …………………………………….., registrado/a en el Área de Registro Único de Profesionales de este Ministerio bajo la Profesión………………………………………………………………………………………………..

con la Matrícula Nacional de N° ……………………, solicita (marcar la Opción que corresponda):

……La REHABILITACIÓN de su Matrícula Nacional por haber solicitado él/ella mismo/a su baja voluntariamente mediante el Expediente N° …………………………………………………………………………………………………………...

……La REHABILITACIÓN de su Matrícula Nacional por no haber cumplido con el trámite de REMATRICULACIÓN tal como se indica en la Resolución Ministerial N° 404/2008.

……La BAJA DE MATRÍCULA NACIONAL POR FALLECIMIENTO del Profesional (en este caso el familiar o Apoderado que realice este trámite deberá adjuntar el Certificado de Defunción)