

FORMULARIO SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE MATRÍCULA

RESOLUCIONES CS N° 824/2009 y 1201/2013

..... de de 20.....

Sr. Presidente Distrito
del Colegio de Asistentes o Trabajadores Sociales
de la Provincia de Buenos Aires
S...../.....D

De mi consideración:

..... matriculado al n°
DNI con domicilio real en calle n° Piso..... Dto
de (Tel.). Me dirijo a Ud. a fin de solicitar la
suspensión de mi matrícula profesional con motivo de
.....
.....

***CASOS EXCEPCIONALES:**

Solicito que la Suspensión tenga efecto retroactivo desde el por excepción
debido a (marcar lo que corresponda):

() Jubilación () Enfermedad inhabilitante transitoria () Residir fuera de territorio provincial

Adjunto la documentación probatoria de dicha situación en hojas.

Declaro conocer íntegramente las Resoluciones N°824/2009, 1201/2013 y
1283/2014 del Consejo Superior y aceptarlas sin reserva alguna, en todos sus términos.-
Saludo a Ud. atentamente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN DE FIRMA

Habiéndose constatado que el/la matriculado/a se encuentra encuadrado/a dentro de las causales establecidas en la Ley 10.751 para solicitar la Suspensión de Matrícula, y que el/la mismo/a ha cumplido lo dispuesto por la Resolución N° 824/2009. Certificamos que el/la solicitante no ejerce la profesión de Trabajo Social o Servicio Social en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, y que asimismo no posee deuda por concepto alguno o, de poseerla, ha firmado un Plan de Pagos por la deuda mantenida con Tesorería por todo concepto (convenio n°). Se certifica la firma que antecede y se eleva al Consejo Superior.
Se retiene la Credencial profesional en el Legajo del Matriculado.

SELLO DISTRITO

FIRMA Y SELLO
PRESIDENTE DISTRITAL

