

San Juan, _____ de _____ de 20_____.

Ministro de Salud Pública

Sr/a. _____

S _____ / _____ D

El/la _____ que suscribe

**DNI N° _____, de dirige a Ud. a fin de
solicitar la _____ de Matricula
Profesional de _____ con número
de matrícula _____ en razón de**

Sin otro particular, saluda atte.

Firma del interesado