



ANEXO I Resolución Nº 302/16 CD 25 de junio de 2016

SOLICITUD DE REGISTRACIÓN TRANSITORIA

, ____/____/____

Sr. Presidente
Colegio de Odontólogos de Entre Ríos

P R E S E N T E:

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar mi inscripción al Registro Transitorio con fines de formación profesional, a cargo de ese Colegio detallando mis datos personales y adjuntando la la documentación requerida.

Apellido y Nombres: _____ DNI: _____

Domicilio Profesional: _____ TE: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Domicilio Particular: _____ TE: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Tel. Celular: _____ e-mail: _____

Acompaño certificado de matrícula vigente y libre sanciones éticas expedido por: _____

y póliza de Seguro de PRAXIS MÉDICA de la Cía: _____

(Obligatorio para los cursos con atención a pacientes)

Actividad para la que solicita su registración: _____

Denominación: _____ Fecha de realización: _____

Lugar: _____

Entidad organizadora: _____

Profesional matriculado a cargo de los pacientes: _____ Mat: _____

Sin otro particular saludo atentamente.-

.....

Firma y aclaración

Certificamos que la presente solicitud fue suscrita por el interesado/a en nuestra presencia

.....

Firma y sello del representante de la entidad organizadora