

Sr. Director de Odontología
Ministerio de Salud
Provincia de Entre Ríos
25 de Mayo 139, 1er.piso
SU DESPACHO

Por la presente me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle la autorización para integrar el Registro de Profesionales autorizados para realizar Prácticas de Ablación e Implante de Tejidos del Sistema Músculo Esquelético y Osteoarticular.-

A tal efecto acompaño:

a)Curriculum Vitae

b) Copia/s certificada/s del o los certificados habilitantes de Locales para la atención odontológica del o los consultorios en los que se realizarán las prácticas.-

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en la presente y en la documentación que acompaña la misma, son veraces.-

Matrícula otorgada por el Colegio de Odontólogos de Entre Ríos N°: _____

Fecha y localidad

Firma y aclaración