

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

San Miguel de Tucumán, _____

SEÑOR/A PRESIDENTE
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE TUCUMÁN

El / la que suscribe _____

Matrícula Profesional de Odontólogo de Tucumán N° _____

Constituyendo domicilio real en la calle _____

N° _____ Piso _____ Dpto. _____ CP N° _____ Localidad _____

de la Provincia de _____

Solicita la Certificación de Especialista en _____

y autorización para anunciarse como tal.

De acuerdo a lo establecido en los incisos b) y c) del artículo 17° de la Ley N° 5.542

Para tal fin, se adjunta la siguiente documentación: _____

Saludo muy Atentamente.

FIRMA _____

D.N.I. N° _____

CUIT / CUIL N°: _____

Tel. Part. y/o Laboral y/o Celular _____

Correo Electrónico: _____