



**COLEGIO  
ODONTOLÓGICO**  
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

**FORMULARIO DE DENUNCIA UNICO**

**NRO DE TRAMITE: .....**

**DATOS DEL DENUNCIANTE**

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI / LC / LE / PASAPORTE:

DOMICILIO REAL:

DOMICILIO CONSTITUIDO (OPCIONAL):

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

**DATOS DEL PROFESIONAL DENUNCIADO**

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI / LC / LE / PASAPORTE:

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

**HECHOS / FECHA ESTIMATIVA:**

DESCRIPCION COMPLETA DE LOS HECHOS (Si existe diagnostico o tratamiento posterior de otro profesional, acompañar datos del mismo):

**PRUEBAS**

Debe enunciar las pruebas en las que se basa su denuncia o en su defecto determinar el lugar en que se encuentran con la mayor precisión posible:

**OTROS**

FIRMA DEL DENUNCIANTE

ACLARACION

NUMERO DE DOCUMENTO

Cerrar los espacios en blanco – Solo se puede presentar exhibiendo DNI original y fotocopia del denunciante.

Los datos personales son obligatorios, con la salvedad de teléfono, dirección de correo electrónico y DNI del Profesional).

La presente debe ser firmada por el denunciante ante autoridad del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba o contar con firma certificada por autoridad competente (Notario, Juez de Paz, o Policía)

**ADVERTENCIA:** Se informa a los denunciantes que el Tribunal de Disciplina no tiene facultades para disponer pagos, indemnización, ni restitución de dinero.