

Córdoba, .....

Número de Orden: .....

**SOLICITUD CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD**

SEÑOR/A PRESIDENTE

COLEGIO ODONTOLÓGICO DE CÓRDOBA

El / la que suscribe .....

Matrícula Profesional de Odontólogo (Córdoba) N°..... Constituyendo

domicilio real en la calle .....

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

de la Provincia de .....

Solicita Registro de Especialista y autorización para anunciarse como tal, en la

Especialidad de: .....

De acuerdo a lo establecido en el inciso d)- del Artículo N° 13, de la Ley 4806.

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 N°:

.....

FAX N°: ..... Correo Electrónico: .....@.....