



**FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS MATRÍCULAS /02**  
**Para su Ejercicio Profesional en 1º Circunscripción**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo y Factor: \_\_\_\_\_ Dador: Si  No

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

• Domicilio Profesional 2da Circ. \_\_\_\_\_

Te: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Días y Horarios de Atención: \_\_\_\_\_

• Domicilio Particular: \_\_\_\_\_

Te: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Te. Celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DECLARACION JURADA DE EJERCICIO PROFESIONAL 1º CIRC.**  
**DECLARO EJERCER EN :**

Consultorio Privado: \_\_\_\_\_

Te: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Días y Horarios de Atención: \_\_\_\_\_

Consultorio Privado: \_\_\_\_\_

Te: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Días y Horarios de Atención: \_\_\_\_\_

Propietarios (adjunto Dam-2)

Consultorios de Terceros  
(Adjunto conformidad del titular.)

(Marcar con una X lo que corresponda)

**HOSPITALES PUBLICOS**

Repartición \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Ejerce desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Días y Horarios: \_\_\_\_\_

Forma de retribución:  Honorarios  Ad- Honoren  Relación de Dependencia

**OBRAS SOCIALES – MUTUALES – SOCIEDADES POR ABONO**

Nombre o Razón Social : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Od. Titular del Consultorio: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Días y Horarios: \_\_\_\_\_

Forma de retribución:  Honorarios  Relación de Dependencia

Obeservaciones: \_\_\_\_\_

**En caso que su ejercicio en la 1ra. Circunscripción sea con una frecuencia mayor a 15 (quince) días deberá designar un profesional local quien quedará a cargo de los pacientes en su ausencia.**

- **Declaro que durante mi ausencia quedará a cargo de los pacientes el Odontólogo**  
..... **quien firma en conformidad.**

**Od.....**

**Matrícula N° .....**

**Firma: .....**

- Desea Recibir correspondencia en:

Domicilio Particular

Domicilio Profesional

Tomo conocimiento que cualquier modificación a la presente Declaración deberá ser comunicada por escrito dentro de las 48 horas de producida.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Santa Fe, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

2