



## Solicitud de Inscripción

Cumplimentar con letra imprenta – legible

Sr. Presidente del  
Colegio de Odontólogos de la  
Provincia de Santa Fe 1ra. Circ.  
Presente

Por la presente, solicito mi Inscripción como Odontólogo/a en el Registro de Matriculas a cargo de ese Colegio, para lo cual detallo a continuación mis datos personales y adjunto la documentación requerida:

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

D.N.I: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Dador : SI - NO

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

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

• **Domicilio Particular** \_\_\_\_\_ Te: \_\_\_\_\_

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

• **Domicilio Profesional** \_\_\_\_\_ Te: \_\_\_\_\_

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

• **Domicilio Correspondencia** \_\_\_\_\_ Te: \_\_\_\_\_

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

• Desea Recibir correspondencia en Domicilio :

Particular

Profesional

Correspondencia

*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 y aclaración:



**DECLARACION JURADA DE EJERCICIO PROFESIONAL**

**DECLARO**

**NO EJERCER**, asumiendo la obligación de informar el inicio de actividad dentro de los 5 días corridos de producida.

**EJERCER EN :**

**CONSULTORIO PRIVADO** Desde: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Domicilio :** \_\_\_\_\_

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

Propietarios: (adjuntar dam-2)  Consultorios de Terceros: (adjunto conformidad del Titular)

**HOSPITALES PÚBLICOS**

Repartición \_\_\_\_\_

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

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

Forma de retribución :  Honorarios  Ad- Honoren  Relación de Dependencia

Adjuntar Disponibilidad Horaria

**Obras Sociales - Mutuales - Sociedades por Abono - Circulos - Asociaciones**

Nombre o Razon Social : \_\_\_\_\_

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

Domicilio de Ejercicio Profesional : : \_\_\_\_\_

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

Forma de retribución  Honorarios  Relación de Dependencia

Adjuntar Copia Contrato , Nota o Certificacion

**Observaciones**

Firma del profesional:

Aclaración: