



SOLICITUD DE REGISTRACION TRANSITORIA

_____, ____/____/20__.-

Sr. Presidente del Colegio de Odontólogos
de la Provincia de Santa Fe - 1ª/2ª Circunscripción
Presente

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar mi inscripción en el Registro Transitorio con fines de formación profesional a cargo de ese Colegio, detallando mis datos personales y adjuntando la documentación requerida:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I: _____

Domicilio Profesional: _____ Te: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Domicilio Particular: _____ Te: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Te Celular: _____ E-mail: _____

Se adjunta certificado de inscripción en la matrícula expedido por: _____

ACTIVIDAD PARA LA QUE SOLICITA SU REGISTRACIÓN

Denominación: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Lugar: _____

Duración: _____ Entidad Organizadora: _____

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma y aclaración del solicitante

Certificamos que la presente solicitud ha sido suscrita y firmada en nuestra presencia por el interesado.-

Firma del Director del curso o Representante Entidad Organizadora