



**Solicitud de Registro de  
Ejercicio Profesional en 1º Circunscripción**

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

Matrícula N° ...../02

Por la presente, solicito se tome nota en los Registros correspondientes de mi Ejercicio Profesional en esta Circunscripción, para lo cual detallo a continuación mis datos personales y adjunto la documentación requerida:

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: \_\_\_\_\_

• RECIBIR CORRESPONDENCIA EN:

Domicilio Particular:

Domicilio Consultorio:

**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

Observaciones: \_\_\_\_\_

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 el Registro** deberá ser actualizado en el transcurso del mes de Marzo de cada año, a partir del año siguiente al de la inscripción inicial, presentando certificado actualizado de inscripción y libre deuda del Colegio de la 2da. Circunscripción de la Provincia de Santa Fe.

**Asimismo se me ha notificado 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:.....