



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 y factor sanguíneo:..... Dador: SI - NO

Edad: Fecha y lugar de nacimiento:/...../.....

• **Domicilio profesional:** Tel:.....

Localidad: CP:

• **Domicilio particular:** Tel:.....

Localidad: CP:

• **Domicilio correspondencia:** Tel:

Localidad: CP:

Tel. Celular: E-mail:.....

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:



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 – Círculos - Asociaciones**

Nombre o Razón Social:..... Te:.....

Localidad:..... CP:.....

Domicilio de Ejercicio Profesional:.....

Ejerce desde:...../...../..... Días y Horarios:.....

Forma de retribución: Honorarios Relación de dependencia

Adjuntar Copia Contrato , Nota o Certificación

Observaciones:.....

.....

Firma:..... Aclaración: