



COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

REVÁLIDA ÉTICA DE LA MATRÍCULA PROFESIONAL

Datos (Sírvese completar con letra de imprenta legible)

El/la que suscribe, Odontólogo/a (apellido y nombre)

Matrícula N°..... expedida por el **COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA** con fecha

Documento de Identidad (tipo y número)..... con domicilio profesional en..... N°.....Piso..... Dpto.....

Teléfonos.....E-mail.....

Código Postal..... Localidad..... Provincia.....

Con domicilio particular en.....N°.....

Piso.....Dpto..... Teléfonos..... E-mail.....

Código Postal..... Localidad Provincia.....

Manifiesta no poseer inhabilitación para el ejercicio profesional y no registrar deuda en el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba. (Adjuntar certificación correspondiente).

Declara conocer y aceptar el **REGLAMENTO GENERAL DE LA REVÁLIDA ÉTICA DE LA MATRÍCULA DEL COLEGIO DE ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA** y solicita se inicien los trámites para la Reválida Ética de la Matrícula.

En (localidad)....., a losdías del mes dedel año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

.....

Firma

.....

Aclaración

Recibida a losdías del mes dedel año.....