



COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

SOLICITUD DE PRORROGA PARA REVÁLIDA ÉTICA DE LA MATRÍCULA PROFESIONAL

(Sírvese completar con letra de imprenta legible)

Solicitud Nº.....

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

..... Matrícula Nº.....

expedida por el **COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA** con fecha

..... Documento de Identidad (tipo y número) con

domicilio profesional en..... Nº.....Piso..... Dpto.....

Teléfonos..... E-mail.....

Código Postal..... Localidad..... Provincia..... con domicilio

particular en..... Nº..... 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.

Declara conocer y aceptar el **REGLAMENTO GENERAL DE LA REVÁLIDA ÉTICA DE LA MATRÍCULA DEL COLEGIO DE ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (Capítulo 3, ART. 9; Si el colegiado no alcanzara los requisitos mínimos exigidos para lograr la Reválida Ética de la Matrícula, se otorgará dos (2) años de prórroga para cumplimentar lo solicitado)**, solicita se inicien los trámites de prórroga para la Reválida Ética de la Matrícula. **MOTIVO DE LA SOLICITUD:**.....

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

.....

Firma

.....

Aclaración

Recibida a los días del mes de del año