

FORMULARIO DE DENUNCIA UNICO

NRO DE TRAMITE:

DATOS DEL DENUNCIANTE

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI / LC / LE / PASAPORTE:

DOMICILIO REAL:

DOMICILIO CONSTITUIDO (OPCIONAL):

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

DATOS DEL PROFESIONAL DENUNCIADO

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI / LC / LE / PASAPORTE:

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

HECHOS / FECHA ESTIMATIVA:

DESCRIPCION COMPLETA DE LOS HECHOS (Si existe diagnostico o tratamiento posterior de otro profesional, acompañar datos del mismo):

PRUEBAS

Debe enunciar las pruebas en las que se basa su denuncia o en su defecto determinar el lugar en que se encuentran con la mayor precisión posible:

OTROS

FIRMA DEL DENUNCIANTE
DE DOCUMENTO

ACLARACION

NUMERO

Las Denuncias tienen un costo estipulado por el Consejo Directivo del Colegio Odontológico.

Cerrar los espacios en blanco – Solo se puede presentar exhibiendo DNI original y fotocopia del denunciante.

Los datos personales son obligatorios, con la salvedad de teléfono, dirección de correo electrónico y DNI del Profesional).

La presente debe ser firmada por el denunciante ante autoridad del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba o contar con firma certificada por autoridad competente (Notario, Juez de Paz, o Policía).

ADVERTENCIA: Se informa a los denunciantes que el Tribunal de Disciplina no tiene facultades para disponer pagos, indemnización, ni restitución de dinero.