



COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

REGISTRO DE DISERTANTES Y DE CURSANTES

NÚMERO DE REGISTRO:	
---------------------	--

FECHA:	/ /
--------	-----

DATOS DEL DISERTANTE O ASISTENTE

APELLIDO Y NOMBRE									
D.N.I. O PASAPORTE					NÚMERO DE MATRÍCULA				
MATRÍCULA OTORGADA POR									
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO			
PISO		DPTO		BARRIO					
CIUDAD					PROVINCIA				
PAIS					Nº DE TELEFONO				
CODIGO POSTAL			E-MAIL						
TÍTULO									
UNIVERSIDAD									
COMPAÑÍA DE SEGURO						Nº DE PÓLIZA			

DATOS DEL ENTE FORMADOR

DENOMINACIÓN									
DIRECTOR									
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO			
PISO		DPTO		BARRIO					
CIUDAD					Nº DE TELEFONO				
E-MAIL									

DATOS DEL EVENTO

DENOMINACIÓN							
FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACIÓN		DURACIÓN			
DÍA Y HORARIOS DE CURSADO							
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO	
PISO		DPTO		BARRIO			
CIUDAD				Nº DE TELEFONO			

PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LOS QUE REALIZARÁ PRÁCTICAS, DURANTE SU AUSENCIA DE LA PROVINCIA.

APELLIDO Y NOMBRE							
D.N.I. O PASAPORTE					NÚMERO DE MATRÍCULA		
DOMICILIO EN CALLE					NÚMERO		
PISO		DPTO		BARRIO			
CIUDAD				Nº DE TELEFONO			

VIGENCIA DEL REGISTRO

DESDE		HASTA	
-------	--	-------	--

<u>DISERTANTE O ASISTENTE</u>		<u>PROFESIONAL RESPONSABLE</u>	
FIRMA		FIRMA	
ACLARACIÓN		ACLARACIÓN	
D.N.I.		D.N.I.	