



Círculo de Odontólogos del Paraguay

Personería Jurídica Decreto del P. E. 556 de fecha 21 de Setiembre de 1953

SOLICITUD PARA RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALISTA EN

Señor Asunción, ____ de ____ de ____

Prof. Dr.

Carlos Mallorquín Buey

Presidente del Círculo de Odontólogos del Paraguay

Presente

Me dirijo a Ud., a fin de solicitar que el Comité de Certificación y Recertificación del Círculo de Odontólogos del Paraguay la Recertificación de la Especialidad en _____ que fue Certificada en el año _____

Aprovecho la oportunidad para saludarle muy atentamente.

Firma

DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad	Nombre y Apellido			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Particular			Barrio	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Teléfono	Número de Celular	Correo Electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Registro Prof. N°	Graduado en la Universidad de	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curso o pasantía de la especialidad		en el País?
<input type="text"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lugar	Desde	Hasta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Certificado o Título obtenido	Institución que lo expidió	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Curso o pasantía de la especialidad		en el Exterior?
<input type="text"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lugar	Desde	Hasta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Certificado o Título revalidado	Institución que lo expidió	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

