

SOLICITA: **REGISTRO DE TITULO DE ESPECIALISTA / MAGISTER / DOCTOR**

Doctor

DR. LUIS ANDRES GHEZZI HERNÁNDEZ

Decano del Colegio Odontológico del Perú

Presente.-

Yo,Cirujano Dentista con número de colegiatura.....identificado con DNI y domiciliado en , departamento..... provincia distrito.....,e-mail:..... con teléfonos (fijo) (celular)..... me presento ante usted y digo:

Que, habiendo obtenido mi Título de en otorgado por la Universidad solicito a su Presidencia registrar mi Título en el REGISTRO NACIONAL DEL COLEGIO ODONTOLOGICO DEL PERU.

Adjunto a la presente lo siguiente:

- Copia del Título de Especialista / Magister / Doctor a nombre de la Nación, autenticada con el Sello de Secretaría General de la Universidad que lo expide (copia original).
- Copia de Resolución de la SUNEDU (reconociendo especialidad y Universidad). SOLO PARA UNIVERSIDADES EXTRANJERAS
- Certificados:
 - ESCOLARIZADOS: Certificados de estudios de la especialidad en original y fotocopia simple.
 - NO ESCOLARIZADOS: Acta de Calificación y/o Evaluación y copia de Resolución emitida por la Universidad
- Constancia de Habilidad original.
- Dos fotos tamaño pasaporte (caballeros de terno y damas de vestir).
- Pago único en Tesorería por derecho de inscripción **S/.790.00** (establecido en el TUPA), el pago se efectuará una vez aprobado por el CAN – **Banco Interbank Cta. Cte. Soles N°126-300109392-3.**
- **Opcional:** Titulo original de la especialidad para colocar un sticker consignado el número de registro y nomenclatura.

Agradeciendo su gentil atención, quedo de usted.

Arequipa, _____ de _____ de 20__

FIRMA DEL SOLICITANTE

Los Docentes que firman las Actas y Certificados de estudios deben encontrarse hábiles, de conformidad con el Art. 109º del D.S. 014.2008.S.A.