

REGISTRO DE (marque con X):

ESPECIALIDAD ☐

MAESTRÍA ☐

DOCTOR ☐

Doctor

JOSE RICARDO ROJAS RUEDA

Decano Nacional 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 o copia legalizada.
 - Si el título es de un idioma diferente al español, deben adjuntar copia de traducción (expediente presentado a la SUNEDU)
 - Universidad del extranjero: Copia de Resolución de la SUNEDU (reconociendo especialidad, maestría o doctorado y universidad de procedencia).
 - Universidad nacional: constancia impresa de SUNEDU (reconociendo especialidad, maestría o doctorado y universidad de procedencia).
- Copia de certificados:
 - ESCOLARIZADOS: Certificados de estudios de la especialidad, maestría o doctorado (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 (a color): caballeros de terno y damas de vestir.
- Pago único en Tesorería por derecho de inscripción **S/.850.00** (establecido en el TUPA), **el pago se efectuará una vez aprobado por el CAN – Banco Interbank:**

Cta. Cte. Soles N°126-300109392-3
CCI 003-126-003001093923-06.

Agradeciendo su gentil atención, quedo de usted.

Lima,_____de_____de 2026

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.