

REGISTRO DE (marque con X):**ESPECIALIDAD** ☐**MAESTRÍA** ☐**DOCTOR** ☐

Doctor

JOSE RICARDO ROJAS RUEDA

Decano Nacional del Colegio de Cirujanos Dentistas del Perú

Presente. -

Yo,Cirujano Dentista con número de colegiatura.....identificado con DNI y domiciliado endepartamentoprovincia.....distrito..... correocon teléfonos (fijo) (celular).....; me presento ante usted y digo:

Que, habiendo obtenido mi Título de..... enotorgado 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.
- 1 foto tamaño pasaporte (a color): caballeros de terno y damas de vestir.
 - ✓ Archivo en formato JPG y deberá pesar hasta 25MB.
 - ✓ Dimensiones: 3.5 A 4.5 cm (413 X 531 px a 300 dpi).
- Pagos por derecho de inscripción **S/.950.00** (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.

_____, _____, de _____, de 202__
(Ciudad)

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOTA: Enviar los documentos en un solo archivo PDF, y anexar la foto según la indicación brindada al siguiente correo: jguillen@ccdp.org.pe – celular: 996139365 (solo para consultas por WhatsApp)

Asunto: Registro Especialidad, Maestría o Doctorado – (apellidos y nombres) (número de colegiatura)
(lo que corresponda)

COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL PERÚ
DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE DOCUMENTOS

Yo, _____, Cirujano Dentista

con N° de Colegiatura _____, con DNI _____

con domicilio en _____

departamento _____, provincia _____ distrito

_____, e - mail _____

con teléfono (fijo) _____ (celular) _____

me presento ante usted y;

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE DOCUMENTOS

DECLARO BAJO JURAMENTO, la veracidad de la información consignada en mi solicitud de **REGISTRO DE ESPECIALIDAD, MAESTRÍA, Y/O DOCTORADO**, y que los documentos son copia fiel del original, de conformidad con el Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General, caso contrario estaré incurriendo en delito establecido en el artículo 411° del Código Penal Vigente.

Por lo que, quedo sujeto a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que correspondan, en caso de que mediante cualquier acción de verificación posterior se compruebe su falsedad.



Huella

_____, _____ de _____ del 202____
(ciudad) (día) (mes)

Firma