

Resistencia,.....de.....20....

Señores:

Miembros de comisión Directiva del  
Colegio de Odontólogos del Chaco  
S-----/-----D

Tengo el agrado de dirigirme a Uds., a efectos de solicitar la Inscripción en el Registro de Matrículas Profesionales habilitante para el ejercicio de la Odontología en la Provincia del Chaco.

Para cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto Ley 6571/10 declaro bajo juramento los datos personales que a continuación consigno:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE:.....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:.....

D.N.I.:.....

ESTADO CIVIL:.....

DOMICILIO ACTUAL:.....

TELEFONO:.....

Declaro así mismo bajo juramento no encontrarme inhabilitado para el ejercicio profesional y constituyo domicilio en..... Acompaño la siguiente documentación:

- TITULO PROFESIONAL CON SELLO DEL MINISTERIO DEL INTERIOR Y EL MINISTERIO DE EDUCACION, si tuviera, (original)
- DOS FOTOCOPIAS AUTENTICADAS POR ESCRIBANO PUBLICO DE TITULO (Tamaño oficio o A4)
- DOS FOTOCOPIA DE D.N.I DOBLE FAZ ( IMPRESIÓN DE DOS CARA)
- SEIS FOTOS 4X4 ( de cualquier fondo)
- CERTIFICADO DE BUENA SALUD, OTORGADO POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (ACTUALIZADO), ORIGINAL Y COPIA.
- CERTIFICADO DE ANTECEDENTES (ACTUALIZADO). ORIGINAL Y COPIA.
- CERTIFICACION DE DOMICILIO (ACTUALIZADO). ORIGINAL Y COPIA.
- **EN CASO DE RE MATRICULACION:**
  - a) CONSTANCIA DE LIBRE DEUDA.
  - b) CONSTANCIA DE ETICA PROFESIONAL.-

**Estos requisitos deben ser presentados en carpeta COLGANTE, con los papeles ordenados y encarpetados de lo contrario no serán recibidos. SIN EXCEPCION -**

.....  
Firma y Aclaración del Profesional