SOLICITA: **REGISTRO DE TITULO DE**

**ESPECIALISTA** / **MAGISTER / DOCTOR**

Doctor

**DAVID VERA TRUJILLO**

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 Nº126-300109392-3.**
* **Opcional:** Titulo original de la especialidad para colocar un sticker consignado el número de registro y nomenclatura.

Agradeciendo su gentil atención, quedo de usted.

Lima,\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017

**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.***