



Colegio Odontológico del Perú

Programa Nacional de Certificación  
de Competencias del Cirujano - Dentista



*Garantizando la calidad del ejercicio profesional del Cirujano - Dentista*

**SOLICITUD DE INSCRIPCION  
PROCESO DE CERTIFICACION DE COMPETENCIAS  
DEL CIRUJANO-DENTISTA**

Solicito: Inscripción para el Proceso de Certificación  
Profesional.

Señor (a)

.....

Decano Nacional  
Colegio Odontológico del Perú  
Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_,  
(Nombres y apellidos)

COP N° \_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_, distrito:  
\_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_, correo  
electrónico \_\_\_\_\_, ante usted me presento y expongo:

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley del SINEACE (Ley N° 28740) y su reglamento (Decreto Supremo N° 018-2007-ED), y reuniendo los requisitos establecidos, solicito a usted Señor Decano, mi inscripción para ser admitido (a) en el proceso de Certificación Profesional.

Seguro de su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

Lima,.....de.....de 20.....

Adjunto: (Documentos requeridos en el Portafolio del Postulante)  
Los datos serán actualizados en la base del COP