

SOLICITA: **REGISTRO DE TITULO DE ESPECIALISTA / MAGISTER / DOCTOR**

Doctor

LUIS ANDRÉS GHEZZI HERNÁNDEZ

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..... 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 certificada del Título de Especialista / Magister / Doctor por la secretaría general de la universidad que lo expide (copia original).
- PARA UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:
 - Copia simple de Resolución de la SUNEDU (reconociendo especialidad y Universidad).
 - Copia legalizada del Título de Especialista / Magister / Doctor.
- Certificados:
 - ESCOLARIZADOS: Copia simple de certificados de estudios.
 - NO ESCOLARIZADOS: Copia del Acta de Calificación y/o Evaluación y 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.**
- Los Grados Académicos y títulos profesionales deben figurar registrados en la SUNEDU (requisito indispensable).- **Deben de adjuntar impresión del registro en la SUNEDU**
- **Opcional: Titulo original de la Especialista / Magister / Doctor, para colocar un sticker consignado el número de registro y nomenclatura.**

Agradeciendo su gentil atención, quedo de usted.

Lima, _____ de _____ de 2023

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nota

- **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.**