



## SOLICITUD DE ADMISIÓN MIEMBRO ACTIVO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Año de nacimiento \_\_\_\_\_ Año de Graduación Estomatología / Odontología \_\_\_\_\_

Colegio Regional Odont./Estom. \_\_\_\_\_ N° Colegiado \_\_\_\_\_

Año Ingreso SEDO \_\_\_\_\_ Categoría de Miembro \_\_\_\_\_

Dedicación en exclusiva a la Ortodoncia desde el año \_\_\_\_\_

Tipo de Práctica: Individual \_\_\_\_\_ Asociada \_\_\_\_\_ En grupo \_\_\_\_\_ Asalariada \_\_\_\_\_

Domicilio Consulta Principal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Consulta Satélite (Ciudad) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### FORMACIÓN POSTGRADUADA

Universidad del Postgrado \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Director del Postgrado de Ortodoncia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

Firma del solicitante:

1<sup>er</sup> Miembro Activo Avalante: Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2<sup>o</sup> Miembro Activo Avalante: Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*La solicitud se acompañará de copia del certificado o diploma del curso de postgrado universitario obtenido.

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_