



Doctor

LUIS GHEZZI HERNANDEZ

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 ODONTOLÓGICO DEL PERÚ.**

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 N°126-300109392-3.
- Los Grados Académicos y títulos profesionales deben figurar registrados en la SUNEDU (requisito indispensable).
 - Deben de adjuntar impresión del registro en la SUNEDU
- Opcional: Título original de la Especialista / Magister / Doctor, para colocar un sticker consignado el número de registro y nomenclatura.

Agradeciendo su gentil atención, quedo de usted.

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

Lima, de de 202.....

Nota

- Los Docentes que firman las Actas y Certificados de estudios deben encontrarse hábiles, de conformidad con el Art. 109° del D.S. 014.2008.S.A.