



Carrera de Especialización en Implantología Oral de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba y el Círculo Odontológico de Córdoba. Acreditada CONEAU Res. 264/18 Creada Res. 293/09

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES:

Apellido: _____

Nombre: _____

Documento: (tipo y número) _____

Domicilio Legal: (calle y número, ciudad, código postal, país) _____

Domicilio profesional: (calle y número, ciudad, código postal, país) _____

Domicilio donde prefiere recibir información por correo: _____

Teléfono: _____

Teléfono profesional: _____

E-mail: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____

DATOS ACADÉMICOS

Títulos que posee: _____

Fecha de titulación: _____

Universidad en la cual obtuvo el título: _____

Matrícula profesional: (lugar y número) _____

Por la presente solicito al Sr. Director de la Carrera de Especialización en Implantología Oral, Dr. Juan Carlos Ibañez mi inscripción a dicha Carrera.

Firma del interesado

Córdoba, _____ del mes de _____ de 202 ____ .