



**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 \_\_\_\_ .