

**SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD**

San Miguel de Tucumán, \_\_\_\_\_

SEÑOR/A PRESIDENTE  
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE TUCUMÁN

El / la que suscribe \_\_\_\_\_

Matrícula Profesional de Odontólogo de Tucumán N° \_\_\_\_\_

Constituyendo domicilio real en la calle \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP N° \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

de la Provincia de \_\_\_\_\_

Solicita la Recertificación de Especialista en \_\_\_\_\_

y autorización para anunciarse como tal.

De acuerdo a lo establecido en los incisos b) y c) del artículo 17° de la Ley N° 5.542

Para tal fin, se adjunta la siguiente documentación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saludo muy Atentamente.

FIRMA \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL N°: \_\_\_\_\_

Tel. Part. y/o Laboral y/o Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_