



**COMISIÓN DE ACREDITACIÓN EN ODONTOLOGÍA
PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN EN ODONTOLOGÍA
(PARA ODONTÓLOGOS Y TÉCNICOS IDÓNEOS)**

(Llenar la solicitud en letra de imprenta)

CERTIFICACIÓN N° _____ AÑO _____

FECHA _____/_____/_____
DIA MES AÑO

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____ APELLIDO DE CASADA _____

NOMBRE _____ CÉDULA I.P. _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ PROV. _____

N° DE REGISTRO (EN EL CONSEJO TÉCNICO DE SALUD) _____ AÑO _____

UNIVERSIDAD _____ AÑO DE GRADUACIÓN _____

PAÍS _____

(SEÑALE CON "X" UNA O MÁS)

EJERCE _____ NO EJERCE _____ JUBILADO _____

PRIVADA _____ M.I.N.S.A. _____ C.S.S. _____ UNIVERSIDAD _____

DIRECCIÓN RES. _____

DISTRITO _____ PROV. _____ e-mail _____

TELÉFONOS _____, _____ FAX _____ CELULAR _____

ADJUNTAR:

UNA FOTOGRAFIA (CARNET)

COPIA DEL DIPLOMA O TÍTULO PROFESIONAL

COPIA DE DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN

COPIA DE LA CÉDULA

LA SUMA DE CUARENTA BALBOAS (B/.40.00)

FIRMA