

SOLICITUD DE REVÁLIDA DE ESPECIALIDAD JERARQUIZADA

FECHA/...../

Sr/a. Presidente del
Colegio de Odontólogos de la
Provincia de Bs. As. – Distrito I
S/D

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo del Distrito, a los efectos de solicitarle, tenga a bien proceder con los trámites pertinentes para el Reconocimiento de Especialista Jerarquizado en reconocida por este Colegio de Odontólogos de la Prov. de Bs. As. DISTRITO I con fecha con sus recertificaciones correspondientes, adjunto lo requerido por la Reglamentación vigente.

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

