

# 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