



# FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA

Seccional \_\_\_\_\_ Fecha

SOLICITUD a) Ingreso  b) Reingreso  c) Traslado

## INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Nacido en \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Documento de Identidad CC.  C. de ext.  No. \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_

Dirección Consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Residencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La correspondencia debe dirigirse a: Residencia  Consultorio

e-mail: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PROFESIONAL

Título obtenido: \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_

Acta de Grado: \_\_\_\_\_ Diploma No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Registro Min. Educación: \_\_\_\_\_ Min. Salud \_\_\_\_\_ Tarjeta Profesional: \_\_\_\_\_

Especialidad (es) \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GREMIAL Y LABORAL

Asociaciones científicas o gremiales a las cuales pertenece en la actualidad.

\_\_\_\_\_

Institución (es) donde trabaja: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la F.O.C. \_\_\_\_\_

Aprobado por la Junta Directiva Seccional de \_\_\_\_\_

Acta N° \_\_\_\_\_ en la sesión del día \_\_\_ mes \_\_\_ año \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Secretario