



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