



COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE CERTIFICACIÓN EN
ODONTOLOGÍA
PANAMÁ, REPUBLICA DE PANAMÁ

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN ODONTOLOGÍA
(PARA TÉCNICOS IDÓNEOS)

(favor llenar la solicitud con letra de imprenta)

FECHA _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

APELLIDO DE CASADA _____

1º. NOMBRE _____ 2º. NOMBRE _____

No. DE CÉDULA I.P. _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

No. DE REGISTRO (EN EL CONSEJO TÉCNICO DE SALUD) _____ AÑO _____

UNIVERSIDAD _____

PAÍS _____ AÑO DE GRADUACIÓN _____

EJERCE (SEÑALE CON "X" UNA O MÁS) NO EJERCE _____ JUBILADO _____

PRIVADA _____ MINSa _____ CSS _____ UNIVERSIDADES _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ FAX _____ EMAIL _____

TELÉFONOS: _____, _____, _____

ADJUNTAR:

UNA FOTOGRAFÍA (CARNET)
COPIA DEL DIPLOMA O TÍTULO PROFESIONAL
COPIA DE IDONIEDAD
COPIA DE LA CÉDULA
LA SUMA DE VENTICINCO BALBOAS (B/.25.00)

FIRMA