



FOLIO

SOLICITUD DE REGISTRO AL EXAMEN EUC-ODON

CONSEJO DE CERTIFICACIÓN DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA

1. DATOS DEL SUSTENTANTE

1.1 NOMBRE _____

1.2 DOMICILIO FISCAL

CALLE _____ NUM. EXT _____ NUM. INT _____

COLONIA _____ CODIGO POSTAL _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO _____

FECHA EXP TÍTULO _____ CURP _____

CEDULA PROFESIONAL _____ FECHA EXP _____

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES _____

2. REQUISITOS EXPEDIENTE

COPIAS FOTOSTATICAS

Titulo Profesional

Cedula Profesional

CURP

Registro Federal de Contribuyentes

Ficha de depósito a la cuenta BBV BANCOMER 0454322215 plaza 001 a nombre de la Asociación Dental Mexicana, Federación de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C.

Dos fotografías tamaño Diploma e infantil en blanco y negro papel mate.

Nombre del encargado revisor ante la Asociación o Colegio: _____

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Tel _____

Autorizo al Consejo de Certificación de la ADM, Federación a que verifique ante la Dirección General de Profesiones la autenticidad de la documentación oficial presentada.

FIRMA Y NOMBRE CANDIDATO AL EUC-ODON**INFORMACION QUE DEBE SER LLENADA POR EL COLEGIO O ASOCIACION**

Nombre del Colegio o Asociación filial a ADM _____

TEL _____

Nombre del Presidente Colegio Federado _____

Fecha de recepción del expediente _____ Sede y Fecha de Examen _____

CER-FO-29