

FORMATO PARA TRAMITE DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL TUPA COL V4.0

Sr. Decano del Colegio Odontológico del Perú – Región Lima

Presente.-

Yo,..... con DNI

y N° de COP:....., domiciliado en:

....., teléfono celular:,

AUTORIZO se me notifique las comunicaciones y/o actos administrativos a mi correo

personal e-mail:dando por recibido

sin necesidad de confirmación; solicito lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Nueva colegiatura	<input type="checkbox"/> Traslado a la Región Lima	<input type="checkbox"/> Traslado Temporal a la Región Lima por SERUMS o Residencia	<input type="checkbox"/> Traslado de la Región Lima a Otra Región
<input type="checkbox"/> Traducción Simple de Documentos	<input type="checkbox"/> Solicitudes varias - Emisión de otros documentos	<input type="checkbox"/> Duplicado de Certificado de Habilitación	<input type="checkbox"/> Constancia de No Habilitación
<input type="checkbox"/> Certificado de No Habilidad Detallado	<input type="checkbox"/> Solicitud de Certificado de Habilidad por Terceros	<input type="checkbox"/> Constancia de Colegiatura	<input type="checkbox"/> Constancia de Colegiatura en idioma extranjero
<input type="checkbox"/> Certificado de Habilitación	<input type="checkbox"/> Venta de Certificado Odontológico	<input type="checkbox"/> Recepción de denuncia para inicio de procedimiento administrativo disciplinario	<input type="checkbox"/> Recurso de apelación de sanción por procedimiento administrativo disciplinario
<input type="checkbox"/> Constancia de No Tener Sanción Disciplinaria	<input type="checkbox"/> Presentación de Medios de Prueba Extemporáneo	<input type="checkbox"/> Duplicado Documentos Escuela de Perfeccionamiento Profesional	<input type="checkbox"/> Exoneración del pago de cuota societaria única
<input type="checkbox"/> Impugnación de acuerdos del CAR	<input type="checkbox"/> Autorización para uso de logotipo por sociedades científicas registradas en el COP	<input type="checkbox"/> Recurso de Nulidad de Elecciones	<input type="checkbox"/> Solicitud de vacancia de miembro del CAR
<input type="checkbox"/> Solicitud de devolución de pago por capacitación a Escuela de Perfeccionamiento Profesional (EPP)			

Adjunto:

1.- 2.-

3.- 4.-

Lima, dede 20.....

.....

FIRMA