



# COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE CATAMARCA

LEY N° 4023

Intendente Salas 1037-Esq.Int.Medina- B° Potrerillo (c.p. 4700) Tel/Fax 3834 435093

E-mail: [colegiodontocat@hotmail.com](mailto:colegiodontocat@hotmail.com)

San Fernando del Valle de Catamarca

## REGISTRO DE DISERTANTES Y DE CURSANTES

NÚMERO DE REGISTRO:		FECHA:	/ /
---------------------	--	--------	-----

### DATOS DEL DISERTANTE O ASISTENTE

APELLIDO Y NOMBRE									
D.N.I. O PASAPORTE					NÚMERO DE MATRÍCULA				
MATRÍCULA OTORGADA POR									
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO			
PISO		DPTO		BARRIO					
CIUDAD					PROVINCIA				
PAIS				Nº DE TELEFONO					
CODIGO POSTAL			E-MAIL						
TÍTULO									
UNIVERSIDAD									
COMPAÑÍA DE SEGURO						Nº DE PÓLIZA			

### DATOS DEL ENTE FORMADOR

DENOMINACIÓN									
DIRECTOR									
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO			
PISO		DPTO		BARRIO					
CIUDAD					Nº DE TELEFONO				
E-MAIL									

**DATOS DEL EVENTO**

DENOMINACIÓN							
FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACIÓN		DURACIÓN			
DÍA Y HORARIOS DE CURSADO							
DOMICILIO EN CALLE						NÚMERO	
PISO		DPTO		BARRIO			
CIUDAD				Nº DE TELEFONO			

**PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LOS QUE REALIZARÁ PRÁCTICAS, DURANTE SU AUSENCIA DE LA PROVINCIA.**

APELLIDO Y NOMBRE							
D.N.I. O PASAPORTE				NÚMERO DE MATRÍCULA			
DOMICILIO EN CALLE					NÚMERO		
PISO		DPTO		BARRIO			
CIUDAD				Nº DE TELEFONO			

**VIGENCIA DEL REGISTRO**

DESDE		HASTA	
-------	--	-------	--

<b><u>DISERTANTE O ASISTENTE</u></b>		<b><u>PROFESIONAL RESPONSABLE</u></b>	
FIRMA		FIRMA	
ACLARACIÓN		ACLARACIÓN	
D.N.I.		D.N.I.	