

# SOCIEDAD ARGENTINA DE ORTODONCIA

Montevideo 971 – (C1019ABS) Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.  
Tel.: (54-11) 4811-3220 y rotativas - Fax: (54-11) 4815-5804  
E-mail: [secretaria@ortodoncia.org.ar](mailto:secretaria@ortodoncia.org.ar) - Internet: [www.ortodoncia.org.ar](http://www.ortodoncia.org.ar)

Personería Jurídica 3479. Fundada en 1933. - Entidad de Bien Público - Res. 4217/97

## SOLICITUD DE RECERTIFICACION DE TITULO DE ESPECIALISTA

Sociedad Argentina de Ortodoncia  
S/D

Solicito la evaluación de los antecedentes adjuntos, para obtener la Recertificación del Título y/o Certificado de Especialista en Ortodoncia, de acuerdo con la Reglamentación vigente de la Sociedad Argentina de Ortodoncia que declaro conocer y aceptar.-

### Datos de Filiación:

Apellidos: .....

Nombres: .....

Fecha de nacimiento: .....Lugar: .....

Nacionalidad: .....

DNI-LE-CI.....Expedido por: .....

Domicilio actual: .....

Localidad: .....C.P.: .....

Domicilio laboral: .....

Localidad: .....C.P.: .....

Teléfonos: .....Fax: .....

E-mail: .....

Matrícula profesional: .....

Nacional.....Provincial: .....

Socio de ( mencionar sólo una institución ): .....

Título o Certificado de Especialista expedido por: .....

.....fecha .....

Sin otro particular, a los .....días del mes de .....  
saludo a Ud. muy atentamente

.....

Firma