

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
MÉDICO ODONTOLÓGICA**

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL DOCENTE

.ESPECIALISTA EN \_\_\_\_\_

SUB ESPECIALISTA EN \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres

Sexo

Edad

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año	Ciudad	Provincia	Departamento	País
-----	-----	-----	--------	-----------	--------------	------

Domicilio Actual

Indique la dirección completa, incluyendo país	Código Postal	Teléfono
------------------------------------------------	---------------	----------

Dirección Consultorio

Indique la dirección completa, incluyendo país	Código Postal	Teléfono
------------------------------------------------	---------------	----------

Dirección Centro de Trabajo

Indique la dirección completa, incluyendo país	Código Postal	Teléfono
------------------------------------------------	---------------	----------

Documentos de Identidad

D:N:N _____	C.O.P. _____	Pasaporte: _____
-------------	--------------	------------------

Correo electrónico

Teléfono Celular: