



COLEGIO  
ODONTOLÓGICO  
REGIONAL DE LIMA

SOLICITA: Pasantías

SEÑOR DECANO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LIMA

Yo, C.D. \_\_\_\_\_, con N° de

COP \_\_\_\_\_, y domiciliado en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, ante usted me presento y expongo:

Que, habiendo tomado conocimiento que existe el Convenio con la Universidad \_\_\_\_\_

(Ciudad y país de destino: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) referente al otorgamiento de pasantías en las diferentes especialidades de la odontología.

Solicito a Ud., tenga a bien considerar al suscrito la pasantía en la especialidad de:

\_\_\_\_\_

por el tiempo de :

- Mínimo 15 días ( )

- Máximo 30 días ( )

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

(Nombre Completo) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

COP \_\_\_\_\_

Adjunto Anexos:



# COLEGIO ODONTOLÓGICO REGIONAL DE LIMA

## **ANEXOS**

- Copia de COL CARD
- Certificado de Habilidad (original) en el Colegio Odont. de Lima.
- Fotocopia de Carnet de colegiado,
- D.N.I. y/o Pasaporte Original y copia
- Curriculum Vitae (02 páginas como máximo)
- Carta compromiso Institucional.
- Copia del recibo de pago por derecho de solicitud \$100.00 (cien dólares americanos)

## **Nota:**

Si el colegiado perteneciera a otro Colegio Odontológico Departamental el derecho a la solicitud tiene un valor de \$200.00 (doscientos dólares americanos)