



**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AUXILIAR
ASISTENTES DENTALES**

Fecha de solicitud _____

JVPO-A _____

1. Nombre completo _____

2. Lugar y fecha de nacimiento _____

3. Estado civil _____

4. DUI. No. _____

5. NIT. No. _____

6. Dirección de domicilio _____

PEGAR FOTO

7. Tel. domicilio _____ Tel. celular _____

8. Lugar de trabajo _____

9. Dirección lugar de trabajo _____

10. Estudios realizados _____ Fecha de graduación _____

11. Odontólogo que avala _____ JVPO No. _____

12. Correo electrónico _____

SOLICITANTE

**ESPACIO RESERVADO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

Fecha: _____ Acta de sesión No. _____

La Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, teniendo en cuenta la información presentada y considerando legalidad de la documentación adjunta a la presente solicitud resuelve:

CONCEDER AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE ASISTENTE DENTAL Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTROS DE ASISTENTES DENTALES CON EL No. _____

PRESIDENTE

SECRETARIO