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

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AUXILIAR
MECANICO DENTAL

Fecha de solicitud_____ **JVPO- M**_____

1. Nombre completo_____
2. Lugar y fecha de nacimiento_____
3. Estado civil_____
4. DUI. No_____
5. NIT. No_____
6. Dirección de domicilio_____
   _____
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_____

PEGAR FOTO

_____

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**