



**DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA**  
**SOLICITUD DE RECERTIFICACION DE MATRICULA DE**  
**ESPECIALISTA**

FECHA:.....  
APELLIDO:.....  
NOMBRES:.....  
ESPECIALIDAD:.....  
N° MATRICULA ODONTÓLOGO:.....  
N° MATRICULA ESPECIALISTA:.....  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:.....  
DOMICILIO REAL:.....  
CIUDAD:.....  
N° DE TELEFONO:.....  
DOMICILIO LABORAL:.....  
CIUDAD:.....  
TELEFONO LABORAL N°:.....  
E-mail:.....  
LA PRESENTE DOCUMENTACION CONSTA DE.....FOLIOS.

**PARA ACCEDER A LA RECERTIFICACION DE LA MATRÍCULA**  
**DE ESPECIALISTA DEBERA PRESENTAR:**

- 1) Fotocopia del Carnet de especialista (ambos lados).
- 2) Fotocopia de Certificados de Reválidas.
- 3) Constancia de continuidad en el desempeño profesional de la especialidad correspondiente al periodo de la reválida.
- 4) Documentación referida a: actividad científica, cursos de capacitación, seminarios, jornadas, congresos, publicaciones y toda otra que considere pertinente, correspondiente al periodo de la reválida.

\* El plazo de presentación es desde el **01 de Septiembre hasta 31 de Octubre de cada año.**

\* Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada, la falsedad de los mismos por parte del profesional determinará su exclusión e inhibirá de presentarse por el término de uno (1) a diez (10) años, según la gravedad.

En todos los casos se iniciará sumario administrativo y se comunicará a las entidades deontológicas, científicas y/o asistenciales que correspondan.

**FIRMA Y SELLO**