



C.O.T: N°

**FICHA PROFESIONAL Y PERSONAL
MIEMBRO DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS
DEL ESTADO TACHIRA**

Fecha de Inscripción C.O.T				
Apellidos y Nombres:				
Lugar de Nacimiento:		Fecha:		
Cedula de Identidad		Extranjera:	País de Origen:	
Universidad Venezolana que le Otorgó o Revalidó el Título:			Fecha:	
Universidad Extranjera que le Otorgó el Título Revalidado:				
País:	Ciudad:		Fecha:	
¿Ejerce en Virtud de Acuerdos Internacionales?			Si:	No:
¿Convalidó su Título?		Si:	No:	¿En que Universidad?
Número de C.O.V :		Fecha:		
Número de M.P.P.S:		Fecha:		
¿Estado Civil?	Casado(a):	Soltera	Divorciado (a):	Viudo(a):
Dirección de Habitación:				
Teléfonos				
Correo Electrónico:				
Trabaja en Algún Ente Publico?		¿Cual (es)?:		
Teléfono:		Horario de Trabajo:		
Ejerce Privadamente:	Dirección del Consultorio			
Teléfono:		Horario de Consulta:		
¿El Consultorio es?:	Propio:	Alquilado:	Otro:	
Si Posee Título de Especialidad, Indicar :				
Si esta Inscrito en el Libro de Especialidades del C.O.V. Indicar:			Folio:	Fecha:
¿Ha desempeñado otras Funciones o Cargos? ¿Cuáles?				
Indique otras Actividades en las que desearía Participar con el C.O.T:				
Deportes:	Cultura:	Investigación:	Docencia:	Gremial:
Especifique:				
¿Desearía Realizar algún curso de especialidad?:			¿Cuál?	
Cuales cursos de ampliación de conocimientos (en general) quisiera:				