



DECLARACION JURADA

NRO.MATRICULA

.....

A los efectos de la actualización del legajo de los colegiados, se le requiere a los mismos completar los informes, solicitados al pie de la presente, los que revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA, DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO.

DEBE DECLARARSE TODO CARGO, EMPLEO O ACTIVIDAD ODONTOLÓGICA RENTADA O AD-HONOREM.

Advertencia: La obligatoriedad de esta Declaración Jurada, implica que su falseamiento u omisión de datos hacen pasible al interesado de las sanciones éticas pertinentes y en su caso la aplicación del art. 292 del Código Penal.

La falta de presentación en término suspende el goce de beneficios del FONDO DE AYUDA ODONTOLÓGICA (subsidios, becas, préstamos, etc.)

Apellidos y Nombre:

Doc. de Identidad (Tipo y Nro.):

Domicilio Particular: Localidad:

Tel. (Fijo y Móvil): E-mail:

C.U.I.T.: C.U.I.L.:

EJERCICIO PROFESIONAL PARTICULAR:

	Dirección	Localidad	Teléfono	Consult.	Centro	Inst.
1er. Consultorio						
2do. Consultorio						
3er. Consultorio						
4to. Consultorio						

EJERCICIO PROFESIONAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA (rentado):

A) RELACIÓN DE DEPENDENCIA RENTADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (Nacional, Provincial, Municipal, Universidad)

En caso de relación de dependencia con administración pública, deberá detallar, REPARTICIÓN (Ej. Universidad, Municipalidad, etc.) y lugar de trabajo (Ej. Dispensario Barrio...etc.) y la dirección del mismo.

Entidad	Total hs. Semanales	Firma y sello del empleador
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		

B) RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON ENTES PRIVADOS (Obras Sociales, mutuales preparagas, etc.)

Entidad	Total hs. Semanales	Firma y sello del empleador
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		

DE ACTIVIDADES PROFESIONALES AD-HONOREM:

Entidad	Total hs. Semanales	Firma y sello del empleador
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		
Nombre entidad..... Domicilio..... Cargo.....		

MECÁNICO PARA DENTISTAS (con el que trabaja)

Nombre	Dirección	Nº de registro en Colegio

CONTRATOS DE ACTIVIDAD PROFESIONAL A TRAVÉS DE ASOCIACIONES PROFESIONALES O SOCIALES - MUTUALES - PRE PAGAS - SINDICATOS - VECINALES - ETC.

Los contratos privados documentados o verbales que surgen de esta Declaración, DEBEN SER PRESENTADOS O DECLARADOS EN ESTE COLEGIO PARA SU HOMOLOGACIÓN.

Contratos Indirectos Odontólogo representado por Asociaciones Gremiales y/o Gerenciadoras (nombre entidad)	Domicilio y Localidad	Teléfono	Presenta Contrato		Firma y sello del contratante
			SI	NO	

Contratos Directos O. Sociales - Mut. Pre pagas - Sindicato - Vecinal - etc. (nombre entidad)	Domicilio y Localidad	Teléfono	Presenta Contrato		Firma y sello del contratante
			SI	NO	

CERTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN CONTINUA:

Estado	Si	No	Fecha
Certificado			
Recertificado			

OBSERVACIONES:

En caso de que su relación laboral no esté contemplada en la presente Declaración Jurada, especifiquela y detalle nombre y domicilio donde desarrolla dicha actividad a continuación:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....