



**Sr/a. Presidente del
Colegio de Odontólogos de la
Provincia de Bs. As. - Distrito I**
S/D

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo del Distrito, a los efectos de solicitarle, tenga a bien proceder con los trámites pertinentes para el Reconocimiento de Especialista Jerarquizado en _____ reconocida por este Colegio de Odontólogos de la Prov. de Bs. As. DISTRITO I con fecha _____, con sus recertificaciones correspondientes, adjunto lo requerido por la Reglamentación vigente.

Sin otro particular, saludo a usted muy

atte.

.....
Firma y sello