



COLEGIO

ODONTOLÓGICO

DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

FORMULARIO DE DENUNCIA UNICO

NRO DE TRAMITE:.....

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombre:.....

DNI/ LC/ LE/ PASAPORTE:.....

Domicilio Real:.....

Domicilio Constituido (opcional):.....

Teléfono.....

Correo Electrónico:.....

Datos del Profesional Denunciado

Apellido y Nombre:.....

DNI/ LC/ LE/ PASAPORTE:.....

Domicilio Profesional:.....

Teléfono.....

Correo Electrónico:.....

Hechos / Fecha Estimativa:

Descripción Completa de los Hechos (si existe diagnostico o tratamiento posterior de otro profesional, acompañar datos del mismo):

Pruebas

Debe enunciar las pruebas en las que se basa su denuncia o en su defecto determinar el lugar en que se encuentran con la mayor precisión posible:

Otros

Firma del Demandante

Aclaración

Número de Documento

Cerrar los espacios en blanco – solo se puede presentar exhibiendo DNI original y fotocopia del denunciante.

Los datos personales son obligatorios, con la salvedad de teléfono, dirección de correo electrónico y DNI del profesional.

El presente debe ser firmado por el denunciante ante autoridades del Colegio Odontológico de la Provincia de Catamarca o contar con firma certificada por autoridad competente (Notario, Juez de Paz, o Policía).

Advertencia:

Se informa a los denunciantes que el Tribunal de Disciplina no tiene facultades para disponer pagos, indemnización, ni restitución de dinero.