



**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**



SOLICITUD PERMISO TEMPORAL

Fecha de solicitud _____

JVPO-T _____

1. Nombre completo _____
2. Lugar y fecha de nacimiento _____
3. Documento de Identidad No. _____
4. Dirección de domicilio (E.S.) _____

- Tel. domicilio _____ Tel. celular _____
5. Dirección país de origen _____
 Tel. domicilio _____ Tel. celular _____
6. Universidad que extendió el título _____
7. Título obtenido _____ Fecha de graduación _____
8. Tiempo solicitado para el permiso temporal _____
9. Finalidad del permiso: Académico _____ Jornada odontológica _____
10. Especificar lugar de ejercicio profesional _____
11. Correo electrónico _____

PEGAR FOTO

SOLICITANTE

**ESPACIO RESERVADO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

Fecha: _____ Acta de sesión No. _____

La Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, teniendo en cuenta la información presentada y considerando legalidad de la documentación adjunta a la presente solicitud resuelve:

CONCEDER AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTROS DE PROFESIONALES TEMPORALES

PRESIDENTE

SECRETARIO