

COLEGIO ODONTOLÓGICO NICARAGUENSE

FICHA DE INSCRIPCION



FOTO

1er Nombre

2do Nombre

Cód. MINSA

1er Apellido

2do Apellido

día / mes / año

día / mes / año

N° de identificación

Fecha de nacimiento

Fecha de inscripción

Sexo



H



M

Estado civil

Nacionalidad

Domicilio

Ciudad

Departamento

Teléfono

Celular

Hogar

Trabajo

Correo electrónico

Título obtenido

Universidad

Año

Especialidad

Universidad

Año

Nombre y dirección del centro de trabajo.

Clínica privada

Dirección

Hospital

Dirección

Centro de salud

Dirección

Firma del Colegiado

Colegio Odontológico