



**SOLICITUD DE HABILITACION DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS**

Sr. Presidente del colegio de Odontología de la provincia de Buenos Aires Distrito IX:

De mi consideración:

La/ El que suscribe Dra/ Dr.: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ profesional odontóloga/o, Matrícula  tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo del Distrito IX, a fin de solicitarle:

- HABILITACION
- REHABILITACION

DE:

- CONSULTORIO
- CENTRO ODONTOLOGICO
- UNIDAD MOVIL
- UNIDAD ASISTENCIAL ODONTOLOGICA PARA EL DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Sito en calle: _____	de la ciudad de: _____
Partido de: _____	Cod. Postal: _____ Tel.: _____

Manifiesto que:

MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA

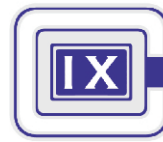
- ejerceré individualmente
- ejerceré con otras/os profesionales odontólogas/os
- que se trata de  unidades asistenciales (cantidad)
- que poseo equipo de RAYOS X
- que No poseo equipo de RAYOS X
- que poseo habilitación de equipo de RAYOS X
- que No poseo habilitación de equipo de RAYOS X
- que poseo servicio contratado para el servicio de residuos patogénicos
- que No poseo servicio contratado para el servicio de residuos patogénicos
- que mi domicilio real es;

	Localidad
	Partido

OBSERVACIONES:

Dejo constancia que me hago responsable por esta habilitación de solicito, no sólo por mi actividad profesional personal, sino también por la de otras/os profesionales que se desempeñen en este consultorio, cuando ellas/os no reúnan todas las condiciones que la Ley 12.754 de Colegiación, sus modificatorias y el Reglamento respectivo requieran para el ejercicio profesional, pudiendo a tal efecto- el Colegio del Distrito IX- ejercer el contralor pertinente y aplicar las sanciones que por Ley correspondan, (de no encontrarse el presente consultorio en las condiciones que fija el Reglamento, La/ El Profesional, deberá solicitar una nueva habilitación, abonando nuevamente el importe.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ACLARACION: <input style="width: 90%;" type="text"/>	MATRICULA <input style="width: 90%;" type="text"/>



## ANEXO I - VINCULACION CON OTROS PROFESIONALES

Nómina completa de profesionales que ejercen en la misma Unidad Asistencial.

Apellido y Nombre:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombre:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombre:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombre:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

### OBSERVACIONES


Declaro bajo juramento conocer mi responsabilidad de que todas/os las/os Odontólogas/os que ejerzan en éste domicilio profesional deben estar debidamente matriculadas/os o registradas/os en éste Colegio de odontólogos, como así también cumplir con código de ética y el Reglamento de publicidad vigente.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ACLA RACION:	MATRICULA
	<input type="text"/>



ANEXO II - PLANO DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

Espacio destinado a plano de la Unidad Asistencial. (consultorio, sala de espera, baño, etc.)  
Consignar ingreso desde la vía pública, relación de la sala de espera; consultorios; baños;  
aberturas; ventilación; etc.  
(No se necesario colocar medidas).

OBSER VACIONES


FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA <table border="1"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"> </td><td style="width: 30px; height: 30px;"> </td><td style="width: 30px; height: 30px;"> </td></tr></table>			
ACLARACION:	MATRICULA <table border="1"><tr><td style="width: 100%; height: 30px;"> </td></tr></table>			