

Presentar esta ficha por **DUPLICADO**

**SOLICITUD DE CERTIFICACION DE TÍTULO DE ESPECIALISTA**  
**OTORGADO POR UNIVERSIDADES**

**Especialista en:** .....

Apellido y Nombres: ..... M.P.N° .....

C.E.N°: ..... Mail: ..... Tel. de contacto: (.....) .....

Cel: (.....) ..... Localidad de residencia: .....

Domicilio Profesional: .....

Barrio: ..... Localidad: ..... Tel.: .....

**Entidad que emitió el Diploma de Especialista:** .....

.....

Fecha de Otorgamiento: ..... con Validez hasta: .....

Total de folios de antecedentes presentados: .....

**-Requisito para la inscripción:**

Estar al día con la cuota de Colegiación

Abonar el arancel vigente para el reconocimiento de título o certificado presentado

FORMA DE PAGO	
Contado <input type="checkbox"/>	2 Cuotas <input type="checkbox"/>
Círculo/Asociación o Centro <input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria <input type="checkbox"/>
Débito caja de Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta Naranja <input type="checkbox"/>

**Declaro que acataré lo dispuesto por el Reglamento de Certificaciones que apruebe la Asamblea.**

.....

Fecha de Presentación

.....

Firma y Sello

Ingreso de Carpeta N°: ..... Mesa de Entrada N°: .....

Fecha de recepción: ...../...../.....

Recepta: ..... (Secretaria Administrativa)

Secretaria Administrativa: .....