



# COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA

## RENUNCIA DE REGENCIA ODONTOLÓGICA

Datos de la regencia inscrita

Nombre del regente:

---

Número de colegiado:

---

Nombre de la clínica:

---

Dirección de la clínica:

---

Motivo de renuncia	Marque con una equis ( X )
Cierre de la clínica:	( ) Fecha de cierre: ___/___/_____
Traslado de local:	( ) Fecha de traslado: ___/___/_____
Renuncia laboral:	( ) Fecha de renuncia: ___/___/_____
Otro: especifique	

Firma:

---

Número de cédula:

---

Debe anexar una fotografía de su cédula por ambos lados y enviar este formulario al correo electrónico: [s.fiscalia@colegiodentistas.org](mailto:s.fiscalia@colegiodentistas.org)

\_\_\_\_\_  
V.B Fiscal de Junta Directiva

