**SOLICITO: EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OBTENER TÍTULO PROFESIONAL**

 **DE CIRUJANO(A) DENTISTA**

# SEÑOR DOCTOR CARLOS ENRIQUE CAVA VERGIU - DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

Yo **LOPEZ GARCIA, JUAN LUIS,** identificado con DNI. N° **01234567**, domiciliado en: **Jr. Las Calandrias Nro. 111**  del Distrito de **Santa Anita**, Provincia **Lima** y Departamento de **Lima**, teléfono: **xxxxxxxxxx**, correo electrónico:

**juan\_lopez@usmp.pe**, de la filial/sede **…………….** ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, contando con el grado académico de bachiller y acogiéndome a la **modalidad de Examen de Suficiencia Profesional**

**SOLICITO** a usted tenga a bien disponer a quien corresponda se me brinde **EL EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL para optar el TITULO DE CIRUJANO(A) DENTISTA**, para lo cual adjunto lo siguiente:

1. Solicitud dirigida al Decano.

**Nombre del archivo: PRIMER APELLIDO\_PRIMER NOMBRE\_Nro DNI\_Solicitud**

**Ejemplo: LOPEZ\_JUAN \_02483942\_Solicitud**

1. Comprobante de pago por derecho a grado por el monto de S/. 2,040 **Nro. operación 00000** del Banco ………...

**Nombre del archivo: LOPEZ\_JUAN \_Nro.DNI (coloque su número de DNI)\_Recibo**

1. Foto de estudio tamaño pasaporte 3.5 x 4.5,

**Nombre del archivo: LOPEZ\_JUAN \_Nro.DNI (coloque su número de DNI)\_Foto**

1. Constancia de Primera Matrícula **(sólo para casos de traslado externo/interno)** de la universidad de origen,

**Nombre del archivo: LOPEZ\_JUAN \_Nro.DNI (coloque su número de DNI)\_CONST.1RA.MAT.**

1. Archivo DNI (un solo archivo ambas caras)

**Nombre del archivo: LOPEZ\_JUAN\_Nro.DNI (coloque su número de DNI)\_DNI**.

Lima, de de 2022.

# -----------------------------------------------------------------

# FIRMA

# NOMBRE : LOPEZ GARCIA, JUAN LUIS