

ESCUELA DE POSGRADO

**SOLICITUD INSCRIPCIÓN A CURSOS**

**Nombre del curso: ………………………………………**

**Apellido y nombre: ………………………………………**

**DNI: ………………………………… Mat n°…………………………**

**Domicilio: ………………………………………………………**

**Teléfono particular: …………………………………….**

Solicito la inscripción al curso detallado arriba, dejando expresamente establecido que con mi inscripción faculto por la presente, a las autoridades del Círculo Odontológico Mendoza, al cobro total de las cuotas, aún en el caso de hacer abandono del mismo por causa injustificada. Dicha autorización la realizo en conformidad a lo establecido en el reglamento de la Escuela de Posgrado del COM.

Por la presente, autorizo al COM a perseguir el pago adeudado por vía judicial luego de su vencimiento, que se fija en la fecha de realización del curso, originándose la mora en forma automática.

Nota: la eximición justificada del pago de cuotas por abandono del curso, debe solicitarse por nota a la Comisión Directiva del COM, explicando las razones.

Esta comisión decidirá mediante el estudio de la situación, si hace lugar a la solicitud.

Firma ………………………………………….

Aclaración:……………………