



No. Correlativo: _____

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO ELECTOR PROFESIONAL PARA DECANO DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
PERIODO 2021-2025**

Ante el Secretario del Tribunal Electoral del Colegio Estomatológico de Guatemala
Dr. Bruno Manuel Wehncke Azurdia

Yo, _____

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

quien me identifico con No. De DPI _____ con número de
Colegiado **activo** _____, acepto participar libremente como elector del Dr.

(a) _____

en la elección para Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, período 2021-2025.

Adjunto los siguientes documentos:

Copia del Documento Único de Identificación (DPI)

Constancia de Colegiado Activo en original

Dirección para recibir notificaciones: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Declaro que todos los datos arriba consignados, son verídicos y que gozo de todos mis
derechos para elegir y ser electo.

Firma