

TRAMITACIÓN

Recepción : _____
SECRETARIO SPO PRESIDENTE SPO

Lima, _____

Pase a la Comisión Calificadora: _____

Presidente : _____
Nombre Firma

Secretario : _____
Nombre Firma

Miembro : _____
Nombre Firma

Aceptado No aceptado

Aprobado por Asamblea General: _____

SECRETARIO SPO

PRESIDENTE SPO

Lima, _____

Nota:

Adjuntar 3 fotos tamaño Pasaporte a color.

SOCIEDAD PERUANA DE ODONTOPEDIATRÍA



Solicitud de Ingreso

Los miembros de la Sociedad Peruana de Odontopediatria que suscriben, se complacen en proponer al

Sr. (a)(ta) Doctor(a):

como miembro de la institución.

Nombre y firmadel proponente

Nombre y firmadel proponente

El que suscribe, de acuerdo con los términos y condiciones especificados en los Estatutos y Reglamentos de la Sociedad Peruana de Odontopediatria, solicita ser incorporado como miembro de la Institución.

Firma

Lima, _____

FILIACIÓN

Nombre:
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

N° C.O.P.: DNI Carnet de Extranjería

Estado Civil:

Nombre del Cónyuge:

Domicilio:
(Av, Calle, Jr.) N° (Distrito) (Ciudad)

Teléfono:
Consultorio Casa Celular

E-mail:

CURRÍCULUM VITAE

Graduación:
Universidad Fecha N° de Título

Estudios de Post-grado: _____

Práctica exclusiva de la especialidad si no

Instituciones Científicas a las que pertenece:

Trabajos Científicos Publicados (adjuntar referencia): _____

Idiomas: <small>marcar con una "x"</small>	habla	lee	escribe
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instituciones Culturales, Sociales y Deportivas a las que pertenece:

Razones por las que solicita su incorporación a la Sociedad Peruana de Odontopediatria:

Nota: Si requiere mayor espacio, sírvase utilizar una hoja adjnta.