



*Solicitud de Nuevo Socio de Número*

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
DOMICILIO PART. \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_  
TEL. PARTICULAR \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN PROFESIONAL \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_  
TEL. PROFESIONAL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**DATOS PROFESIONALES**

TÍTULO DE GRADO \_\_\_\_\_ AÑO DE EGRESO \_\_\_\_\_  
UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_  
TÍTULO DE ESPECIALISTA \_\_\_\_\_ AÑO DE EGRESO \_\_\_\_\_  
OTORGADO POR \_\_\_\_\_  
FECHA ÚLTIMA RECERTIFICACIÓN \_\_\_\_\_  
AUTORIDAD QUE RECERTIFICO \_\_\_\_\_  
ORIENTACIÓN DENTRO DE LA ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD INSTITUCIONAL AREA ADICCIONES Y PATOLOGÍA DUAL**

**DESARROLLA ACTIVIDADES DESDE: MÁS DE 3 AÑOS** \_\_ **MENOS DE 3 AÑOS** \_\_  
DOCENCIA \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
PREVENCIÓN \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
ASISTENCIA \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**SOCIOS FUNDADORES QUE AVALAN LA SOLICITUD:**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_