



Sociedad Paraguaya de Infectología

SOLICITUD PARA MIEMBROS TITULARES NUEVOS

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellido:

Especialidad:

CIN°

Reg. Prof.:

Correo electrónico:

Dirección:

Celular:

Ciudad:

País:

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de trabajo:

Cargo

Ciudad:

Tel.:

DATOS ACADÉMICOS

1. SECUNDARIA

Institución:

Año:

Título obtenido:

2. TERCIARIA

Institución:

Año:

Título obtenido:

ESTUDIOS DE POST GRADO

Institución:

Año:

Especialidad:

Institución:

Año:

Especialidad:

Institución:

Año:

Especialidad:

MIEMBROS PROPONENTES

Nombre:

Firma:

Nombre:

Firma:

ACEPTADO EN REUNION DE C.D. DE FECHA:

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD

1. Título de Médico
2. Título de Infectólogo o Certificación
3. Cédula de indentidad
4. Registro profesional
5. CV resumido