

FORMATO AFILIACIÓN FDC

Nombre _____ C.C. _____
Apellidos _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Departamento _____
Dirección de correspondencia _____ Teléfono alternativo _____
Correo Electrónico Principal _____
Correo Electrónico Alternativo _____
Lugar y Fecha de Nacimiento _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Título: _____ Universidad: _____
Desde _____ Hasta _____ Fecha de grado: _____ No. Diploma: _____
Registro médico No: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO 1

Título: _____ Universidad: _____
Desde _____ Hasta _____ Fecha de grado: _____ No. Diploma: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO 2

Título: _____ Universidad: _____
Desde _____ Hasta _____ Fecha de grado: _____ No. Diploma: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO 3

Título: _____ Universidad: _____
Desde _____ Hasta _____ Fecha de grado: _____ No. Diploma: _____

OTROS ESTUDIOS

ACTIVIDADES ASISTENCIALES (ÚLTIMAS 3)

Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____

ACTIVIDADES DOCENTES (ÚLTIMAS 3)

Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS O INVESTIGATIVAS (ÚLTIMAS 3)

Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____
Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Posición: _____

AFILIACIÓN A OTRAS SOCIEDADES (Médicas y no médicas)

PUBLICACIONES (MÁXIMO 5 QUE CONSIDERE LAS MÁS IMPORTANTES)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

CARGOS DE LIDERAZGO

Firma del aspirante: _____ Firma de quien lo presenta: _____
Nombre del aspirante: _____ Nombre de quien lo presenta: _____
Fecha: _____ Fecha: _____
Ciudad: _____ Ciudad: _____

Aceptado como Miembro el día _____, según Acta No. _____.