|  |
| --- |
| Sociedad Paraguaya de Infectología**SOLICITUD****MIEMBROS TITULARES** |
| INFORMACIÓN PERSONAL  |
| Nombre y apellido:  |
| Especialidad:  |
| CINº  | 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:  |
| Firma del solicitante:  |
| 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 como Infectólogo
3. Cédula de Identidad
4. Registro Profesional
5. CV resumido