|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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