



Sociedad Científica de Medicina, Salud y Seguridad en el Trabajo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Asociación Civil

FORMULARIO DE INSCRIPCION		
ACTIVO <input type="checkbox"/>	ADHERENTE <input type="checkbox"/>	
DATOS PERSONALES		
APELLIDO:		
NOMBRES:		
DNI:	CUIL:	
NACIONALIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	
ESTUDIOS EN CURSO (completar en caso de corresponder)		
INSTITUCION EDUCATIVA:		
TITULO QUE OTORGA:		
NIVEL: TERCARIO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN PROFESIONAL		
PROFESION:		
ESPECIALIDAD:		
MATRICULA:	ENTIDAD EMISORA:	
N° INSCRIPCION EN MEDICINA DEL TRABAJO:		
INFORMACIÓN LABORAL		
ESTABLECIMIENTO:		
PUESTO/OCUPACION:		
INFORMACIÓN CONTACTO		
CORREO ELECTRONICO:		
PARTICULAR:	CELULAR:	
DOMICILIO		
CALLE:	NUMERO:	
PISO:	DPTO:	CP:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
DATOS ACLARATORIOS:		
SOCIOS ACTIVOS QUE PROPONEN AL ADHERENTE (sólo en caso de solicitar la inscripción como adherente)		
APELLIDO Y NOMBRES DEL SOCIO ACTIVO N° 1:	FIRMA SOCIO ACTIVO N° 1	
APELLIDO Y NOMBRES DEL SOCIO ACTIVO N° 2:	FIRMA SOCIO ACTIVO N° 2	

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20__

.....
Firma del postulante

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20__

La Sociedad Científica de Medicina, Salud y Seguridad en el Trabajo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Asociación Civil agradece su interés de asociarse. La presente solicitud será puesta a consideración de la Comisión Directiva conforme lo establece el estatuto, y su resultado será notificado a los canales de comunicación por usted brindados.

.....
Firma integrante de Comisión Directiva