

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
CONSEJO NACIONAL DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE LA SALUD

SOLICITUD DE CATEGORIZACIÓN
PARA MIEMBRO TITULAR

DATOS PERSONALES							
No. CARNET IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
PROFESIÓN	<input type="checkbox"/>	NIVEL DE ESPECIALIDAD *		NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/>			
		1- 1.Grado	2- 2.Grado	3- Residente	4- No		
CATEGORÍA DOCENTE *		CATEGORÍA DE INVESTIGACIÓN *		GRADO CIENTÍFICO *			
1-Titular	2-Auxiliar	3-Asistente	4-Instructor	5-No	1-MsC	2-Dr.(Rama)	3-Dr. Ciencias
CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA	<input type="checkbox"/>	MUNICIPIO	<input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/>		
	DIRECCIÓN				TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO	PROVINCIA	<input type="checkbox"/>	MUNICIPIO	<input type="checkbox"/>	CIUDAD O LOCALIDAD <input type="checkbox"/>		
	DIRECCIÓN				TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITUD DE INGRESO				
A LA SOCIEDAD		CATEGORÍA A QUE ASPIRA		FECHA
Sociedad Cubana de Patología Clínica		Miembro Titular		

AFILIACION A OTRAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS (HASTA 5)					
NOMBRE DE LA SOCIEDAD	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA DE MIEMBRO	<input type="checkbox"/>				

APROBACIÓN (Para llenar por la Sociedad)				
CATEGORÍA APROBADA	ACTA NO.	FECHA	APROBADO (FIRMA SECRETARIO)	VTO. BNO. (FIRMA PRESIDENTE)

* Subraye la opción que corresponda.