

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

**MODELO SOLICITUD DE INGRESO COMO MIEMBRO ASOCIADO**

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

<b>SOLICITUD DE INGRESO</b>		
<b>A LA SOCIEDAD</b> <b>SOCIEDAD CUBANA DE PATOLOGÍA CLÍNICA</b>	<b>CATEGORÍA A QUE ASPIRA</b> <b>MIEMBRO ASOCIADO</b>	<b>FECHA</b>

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

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

\* Subraye la opción que corresponda.