

SOLICITUD DE INGRESO

www.asoendonar.com.co
asoendonar@gmail.com

FOTO

IDENTIFICACIÓN

Nombres		Apellidos		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento de identidad	Expedida en	Estado civil			

Lugar y fecha de nacimiento

Ciudad	Departamento	País	Fecha	Día	Mes	Año
Hobby	E-mail	Número de celular				
Dirección correspondencia	Ciudad	Teléfono				
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono				
Dirección Consultorio Principal	Ciudad	Teléfono				
Dirección otro Consultorio	Ciudad	Teléfono				

ESTUDIOS

Institución	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Título obtenido
Pregrado			
Posgrado			
Posgrado			

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Empresa	Desde	Hasta

DOCENCIA

Institución Educativa	Desde	Hasta

REFERENCIAS MIEMBRO ACTIVO

Nombre	Seccional	Teléfono
--------	-----------	----------

PRESENTACIÓN DE TRABAJO CIENTÍFICO ANTE LA AEN PARA SU INGRESO

Título del trabajo que presentará ante la AEN
Fecha a partir de la cual está dispuesto a presentarlo
Características de la presentación Ej: conferencia, apoyo audiovisual etc.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Revista	ISSN	Volumen	Página

DATOS FAMILIARES

Nombres cónyuge	Ocupación	Dirección	Teléfono
-----------------	-----------	-----------	----------

Hijos	Estudios	Ocupación

FIRMA

Certifico que la información consignada es verdadera y autorizo a la Asociación de Endodoncia de Nariño - AEN, la confirmación de los datos. **La Asociación de Endodoncia de Nariño - AEN**, se reserva el derecho de admisión.

Fecha	Día	Mes	Año

_____ Firma

EVALUADOR

Para uso exclusivo el comité evaluador de la AEN

Aprobación	Miembro	
Aprobado <input type="checkbox"/> Aplazado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	Activo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Correspondiente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Fecha Día Mes Año	Acta No.	_____ Firma

Observaciones

Aprobación	Miembro	
Aprobado <input type="checkbox"/> Aplazado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	Activo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Correspondiente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Fecha Día Mes Año	Acta No.	_____ Firma

Observaciones

Aprobación	Miembro	
Aprobado <input type="checkbox"/> Aplazado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	Activo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Correspondiente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Fecha Día Mes Año	Acta No.	_____ Firma

Observaciones

REQUISITOS

Requisitos que deben acompañar a esta solicitud (solo lo señalado)

Asociado estudiante

- Solicitud diligenciada (con foto)
- Hoja de vida
- Fotocopia diploma odontologo
- Certificado de estudio de pregrado en endodoncia semestral
- Fotocopia de cédula
- Trabajo (caso clínico, revisión de literatura, monografía o tesis de grado)

Asociado Endodoncista

- Solicitud diligenciada (con foto)
- Hoja de vida
- Fotocopia diplomas odontologo y endodoncista
- Fotocopia registro profesional
- Fotocopia de convalidación (si es extranjero)
- Fotocopia de cédula
- Trabajo (caso clínico, revisión de literatura, monografía o tesis de grado)