**SOLICITUD PARA MIEMBRO ADHERENTE**

LA INCORPORACIÓN DURANTE DOS AÑOS COMO MIEMBRO ADHERENTE DEL CACCV ES REQUISITO INDISPENSABLE PARA, POSTERIORMENTE, RENDIR EL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN EN LA ESPECIALIDAD Y OBTENER LA TITULARIDAD:

Para incorporarse como miembro adherente, se debe completar el formulario de solicitud, firmada por dos miembros titulares de nuestra entidad que tengan su cuota societaria al día.

La solicitud debe estar acompañada, asimismo, por un curriculum vitae actualizado que responda a las características establecidas por el CACCV y por una fotocopia del título de médico del solicitante.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombre:** | |
| **Documento : CI., L.E. o D.N.I. y Nº:** | |
| **Dirección Particular:** | **Localidad:** |
| **Provincia:** | **C.P.:** |
| **Tel../ Fax Part.:** | **E-mail:** |
| **Fecha Nacimiento:** | **Lugar:** |
|  |  |
| **Graduado en:** | **Fecha:** |
| **Nº de Matrícula:** | **Nacional / Provincial:** |
| **Título Obtenido:** | |
| **Fecha en que comenzó la Especialidad:** | |
| **Residencia en Cirugía General: SI / NO:** | **Donde:** |
| **Residencia en Cirugía: SI / NO:** | **Donde:** |
| **Centro donde Concurre:** | **Desde que fecha:** |
| **Presentado por los Doctores:**  **1)**  **2)** | **Firma:**  **Firma:** |

**Fecha de presentación:**