

ACTUALIZACION DE MIEMBROS.

**SOCIEDAD CUBANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGIA DE
CABEZA Y CUELLO**



NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CI: _____ EDAD _____ ESPECIALISTA _____ 1ER _____ 2DO _____

RESIDENTE. 1ERO _____ 2DO _____ 3ERO _____

PROFESOR CONSULTANTE SI _____ NO _____ ACTIVO SI _____ NO _____

DOCTORADO SI _____ NO _____ MAESTRIA SI _____ NO _____

CUAL MAESTRIA _____

CATEGORIA DOCENTE. SI _____ NO _____ CUAL _____

CATEGORIA INVESTIGATIVA SI _____ NO _____ CUAL _____

TRABAJO DE COLABORACION SI _____ NO _____ DONDE _____

ACTIVIDAD EN LA SOCIEDAD CIENTIFICA

CARGO EN LA SOCIEDAD CIENTIFICA A NIVEL NACIONAL O CAPITULO

PRESIDENTE. _____ VICEPRESIDENTE _____ TESORERO _____ ACTAS _____

VOCAL _____ SUPLENTE _____

CATEGORIA QUE OBSTENTA EN LA SOCIEDAD _____

HA PARTICIPADO EN EVENTOS INTERNACIONALES DE LA ESPECIALIDAD

SI _____ NO _____ CUAL _____ AÑO _____

MANTIENE ACTUALIZADO SU CUOTA ANUAL DE ABONO SI _____ NO _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

DIRECCION PARTICULAR: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELEF. TRABAJO _____

MOVIL _____ CORREO _____

Por la presente, confirmo que soy miembro activo de la SCORL y CCC.

Fecha: _____

Firma: _____
