



## SOLICITUD DE MIEMBRO ESTUDIANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Año de nacimiento \_\_\_\_\_ Año de Graduación Estomatología / Odontología \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Universidad del Postgrado \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Director del Postgrado de Ortodoncia \_\_\_\_\_

Dirección del Departamento \_\_\_\_\_

Dirección Personal \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### **CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS**

Firma del solicitante

Nombre y firma del Director del Postgrado de Ortodoncia

Sello acreditativo del Dpto. de Ortodoncia

Fecha prevista finalización del postgrado \_\_\_\_\_

NOTA: Cuando finalice sus estudios postgraduados de Ortodoncia, deberá solicitar su ingreso como miembro activo de AESOR.

Fecha de la Solicitud \_\_\_\_\_