



SOLICITUD CURSO BASICO DE OFTALMOLOGIA "DR. GUILLERMO PICO SANTIAGO"



NOMBRE: _____

DIRECCION ACTUAL: _____

PUEBLO: _____ PAIS: _____

DIRECCION PERMANENTE: _____

TELEFONOS: _____ FAX: _____
INDICAR CODIGO PAIS Y CIUDAD INDICAR CODIGO PAIS Y CIUDAD

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: _____

DIRECCION: _____ TEL: _____

E-MAIL: _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE, FECHAS Y TITULOS DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS: ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL A LOS CUALES HA ASISTIDO (INCLUYA INTERNADO, RESIDENCIA).

EXPERIENCIA EN OFTALMOLOGIA U OTRAS ESPECIALIDADES: _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD: DOS (2) FOTOS 4 X 5; DOCUMENTO FIRMADO Y CERTIFICADO DIRIGIDO AL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA ASOCIACION PANAMERICANA DE OFTALMOLOGIA, EN EL QUE SE COMPROMETE EN CASO DE SER BENEFICIADO A HACERSE MIEMBRO DE LA SOCIEDAD NACIONAL DE SU PAIS Y DE LA ASOCIACION PANAMERICANA DE OFTALMOLOGIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS DOCE (12) MESES DESPUES DE HABER REGRESADO A SU PAIS; RECOMENDACION PARA LA BECA POR PARTE DE LA SOCIEDAD NACIONAL DE OFTALMOLOGIA; CARTAS DE RECOMENDACION DE DOS (2) MEDICOS Y EL DECANO DE MEDICINA DONDE OBTUVO EL TITULO; COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO Y EXAMENES MEDICOS.

FECHA: _____ FIRMA SOLICITANTE: _____

NOTA: FAVOR ENVIAR DIRECCION EXACTA DONDE LE PODEMOS ENVIAR LOS DOCUMENTOS DE ACEPTACION LO MAS RAPIDO POSIBLE.