

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
CONSEJO NACIONAL DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE LA SALUD

**SOLICITUD DE CATEGORIZACIÓN
 PARA MIEMBRO TITULAR**

DATOS PERSONALES					
No. CARNET IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
PROFESIÓN <input type="checkbox"/>	NIVEL DE ESPECIALIDAD *			NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/>	
	1- 1.Grado 2- 2.Grado 3- Residente 4- No				
CATEGORÍA DOCENTE *		CATEGORÍA DE INVESTIGACIÓN *		GRADO CIENTÍFICO *	
1-Titular 2-Auxiliar 3-Asistente 4-Instructor 5-No		1-Titular 2-Auxiliar 3-Agregado 4-Aspirante 5-No		1-MsC 2-Dr.(Rama) 3-Dr. Ciencias	
CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA <input type="checkbox"/>	MUNICIPIO <input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/>		
	DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO	PROVINCIA <input type="checkbox"/>	MUNICIPIO <input type="checkbox"/>	CIUDAD O LOCALIDAD <input type="checkbox"/>		
	DIRECCIÓN		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITUD DE INGRESO		
A LA SOCIEDAD	CATEGORÍA A QUE ASPIRA	FECHA
Sociedad Cubana de Patología Clínica	Miembro Titular	

AFILIACION A OTRAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS (HASTA 5)					
NOMBRE DE LA SOCIEDAD	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA DE MIEMBRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APROBACIÓN (Para llenar por la Sociedad)				
CATEGORÍA APROBADA	ACTA NO.	FECHA	APROBADO (FIRMA SECRETARIO)	VTO. BNO. (FIRMA PRESIDENTE)

* Subraye la opción que corresponda.