



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 _____

CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

Firma:

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.