



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 _____