



SOLICITUD PARA INGRESAR COMO MIEMBRO AFILIADO

Apellidos y Nombres: _____

Documento Identidad: _____ Nacionalidad: _____

Institución en la que se desempeña: Universidad: _____

Facultad: _____ Cátedra, Instituto o Departamento: _____

Cargo que ejerce: _____ Profesión: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Domicilio particular: Calle y número: _____

Barrio: _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ País: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

A cual domicilio prefiere que se le envíe la información? *Institucional* *Particular*

Fecha: _____ Firma del solicitante _____

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración

Aval de Miembros Fundadores o Titulares (3 - tres)