



Asociación Académica Guatemalteca de Odontopediatría

SOLICITUD DE INGRESO

FOTO

Yo _____

Cirujano Dentista, Colegiado activo No. _____ de _____ años de edad, con Documento de Identificación, DPI No. _____

Graduado de la Facultad de Odontología de la Universidad _____ Y con estudios de post-grado en Odontopediatría durante el período comprendido del _____ al _____ en _____ Institución que me confió el entrenamiento (marcar la opción que mejor se adecue a su caso)

- a) sin grado _____
- b) Maestría _____
- c) Doctorado _____
- d) He recibido cursos aislados, no poseo entrenamiento específico pero practico la odontopediatría preferencialmente _____

Atendiendo a mi deseo de agremiarme a la AAGOP solicito a Junta Directiva darle el trámite de rigor a fin de ser aceptado como Asociado en la categoría que me corresponda.

Las notificaciones del caso hacerlas llegar a:

e-mail _____

Dirección física _____

Teléfono Móvil _____

Teléfono Fijo _____

(f) _____