



SOLICITUD DE ADMISION

Con la presente me permito solicitar ante ustedes ser admitido como socio (a) del Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C.,

Comprometiéndome respetar y hacer cumplir los estatutos, reglamento y código de ética profesional vigentes.

Así como las reformas que legalmente se hagan de los mismos, **a pagar las cuotas respectivas por anualidades adelantadas.**

Mexicali, B.C. a _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Día Mes Año

Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

CURP _____

Domicilio Particular _____
Calle No. Col.

Ciudad Estado C.P. Tel.

Domicilio Profesional _____
Calle No. Col.

Ciudad Estado C.P. Tel.

Email _____ Celular _____

Usuario en redes sociales _____



DATOS UNIVERSITARIOS

Universidad de Pregrado _____

Generación _____ Título Expedido en _____

Examen Profesional _____

Nombre de la Tesis _____

Universidad de Postgrado _____

Generación _____ Título o Diploma Expedido en _____

Fecha _____ Nombre de la Tesis _____

Examen de Postgrado _____ Fecha _____

Diplomados _____

Maestrías _____

Reg. S.S.A. _____ Reg. Direc. Gral. Prof. _____

Reg. Direcc. Gral. del Estado _____ R.F.C _____

Reg. de Profesiones para ejercer especialidades

1.-Puestos Docentes _____

2.-Organizaciones profesionales _____

3.-Publicaciones _____

4.-Actividades en la comunidad odontológica _____

5.-Asistencias a conferencias impartidas por el Colegio _____

FIRMA DEL SOLICITANTE



Nos permitimos presentar ante la Asamblea General al solicitante antes mencionado que a nuestra consideración puede ser aceptado como socio del Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C. en la categoría correspondiente a: _____

Nombre y firma de tres socios activos con 2 años mínimo de antigüedad en el Colegio de Cirujanos Dentistas de Mexicali, A.C.

Presidente

Secretario

Afiliación y Membrecía

Tesorero



DE ACUERDO A NUESTROS ESTATUTOS

1.- ¿Realiza usted tratamientos de especialidad como Cirujano Dentista de practica general?

2.- ¿Cómo Cirujano Dentista Especialista, realiza usted tratamientos de Odontología General a pacientes que le son remitidos? _____

3.- ¿Esta Ud. consciente que no podrá en el futuro mientras sea miembro de este Colegio pertenecer a ningún otro colegio de Cirujanos Dentistas de practica general?

REQUISITOS PROFESIONISTAS

- 1) Solicitud de Ingreso
- 2) Escrito en el que se mencione las razones por las que desea ingresar al colegio.
- 3) 1 copias del título de Cirujano Dentista
- 4) 1 copias del título o diploma de Postgrado
- 5) 1 copias del título o diploma de Maestría o Doctorado
- 6) 1 fotografía a color tamaño infantil (.jpg, .bmp, .png)
- 7) 1 copias de la Cedula Profesional
- 8) 1 copias de la Cedula Estatal
- 9) 1 copias de Aviso de Funcionamiento S.S.A.
- 10) 1 copia del Aviso de Responsable Sanitario
- 11) 1 copia de CURP

REQUISITOS ESTUDIANTES

- 1) Solicitud de Ingreso
- 2) Escrito en el que se mencione las razones por las que desea ingresar al colegio.
- 3) 2 Fotografías a colores tamaño infantil de frente.
- 4) 2 Copias de Credencial de Estudiante.
- 5) Constancia de estudios del semestre que este cursando
- 6) Copia de cardex vigente
- 7) Copia de acta de Nacimiento
- 8) Copia de CURP

Todos estos documentos pueden entregarse en formato digital, de manera individual, es decir un archivo por cada documento.

