



# SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MIEMBRO ADJUNTO	\$2.100
MIEMBRO TITULAR	\$2.900
MIEMBRO TITULAR NO RESIDENTE	\$2.900
MIEMBRO ADHERENTE	\$2.900
GASTOS ADMINISTRATIVOS	\$200

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: .....DNI/CI/LE/LC.....  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Matrícula Nacional.....Matrícula Provincial.....  
Año Egreso Médico.....Año Egreso Especialista:.....Especialidad:.....  
Hospital al que concurre..... Correo Electrónico.....

### DOMICILIO PARTICULAR

Calle..... N°..... Piso..... Depto.....  
C.P.....Localidad..... Provincia.....  
Tel..... Cel.....

### DOMICILIO CONSULTORIO

Calle..... N°..... Piso..... Depto.....  
C.P.....Localidad..... Provincia.....  
Tel.....

### PRESENTADO POR (DOS MIEMBROS TITULARES DE LA SAD- FIRMA Y SELLO)

1. Firma..... Aclaración.....
2. Firma.....Aclaración.....

### FIRMA:

### REQUISITOS

Todas las categorías mencionadas a continuación deberán ser presentadas por dos Miembros Titulares de la SAD con una antigüedad mayor de seis meses en su categoría.

**MIEMBRO ADJUNTO:** Médico con título emitido o revalidado por una Universidad Argentina, que se encuentre realizando la carrera de formación de especialista en dermatología, según certificación emitida por la institución donde esté realizando su formación, reconocida por la SAD.

**MIEMBRO TITULAR:** Médico con título emitido o revalidado por una Universidad Argentina, que acredite fehacientemente su condición de especialista en dermatología certificado, reconocido y convalidado por la SAD.

**MIEMBRO ADHERENTE:** Médico con título emitido o revalidado por una Universidad Argentina, o extranjera, que acredite fehacientemente su condición de especialista no dermatólogo.

**MIEMBRO NO RESIDENTE:** Médico especialista en dermatología o en formación de dermatología que residan en el exterior o en el país por un plazo máximo de un año.

Buenos Aires,

Señor  
Secretario General  
Dr. Italo Aloise  
Presente

De mi mayor consideración,

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su intermedio a la Comisión Directiva, a fin de solicitarle quiera tener a bien aceptar mi incorporación a la Sociedad Argentina de Dermatología.

Se adjunta la siguiente documentación:

- o Solicitud de Inscripción presentada por 2 Miembros Titulares (firma y sello)
- o Fotocopia certificada del Título de Médico
- o Fotocopia del Título de Especialista (si lo tuviera)
- o Médico en formación de Dermatología presentar certificado que lo acredite como alumno
- o Resumen del Curriculum Vitae

Asimismo, tengo conocimiento que la presente solicitud estará "ad referéndum" de la Comisión Directiva y que en caso de ser aceptada será notificada de dicha resolución.

En caso de ser denegada se me reintegrarán los importes abonados, exceptuando los cargos por gastos administrativos.

Agradeciendo la consideración que dé a la presente y a la espera de una respuesta favorable, saludo a usted muy atentamente.

Firma:

Aclaración: