



SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de solicitud:

Lugar:



Nombres y Apellidos:

Lugar y fecha nac.:

Fecha:

Especializado(a):

C.I. Nº:

Cursos de especialidad donde los ha

Dirección actual:

realizado:

Hospital donde realizó los tres (3) años de
residencia en un servicio de la especialidad:

Telf. Hab.:

Otras credenciales:

Celular:

Telf. Cons.:

Títulos:

Dirección consultorio:

Nº de Inscripción del Colegio de Médicos de

su Estado:

Universidad donde se graduó:

Firma del solicitante:

Fecha:

Revalida:

Nº del M.P.P.S.:

**Nota: acompañar de una (1) fotografía de
frente tipo pasaporte y curriculum vitae.**