



# CÍRCULO DERMATOLÓGICO DEL PERÚ

## SOLICITUD DE INSCRIPCION

CIDERM	
FECHA ADMISION	
MIEMBRO	
REGISTRO	
NO LLENAR	

POSTULANTE			PROFESION	ESPECIALIDAD	CMP
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA		
ESTADO CIVIL					

TITULO UNIVERSITARIO DE MEDICO	UNIVERSIDAD		FECHA	
TITULO UNIVERSITARIO DE DERMATOLOGO	UNIVERSIDAD		FECHA	
REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA	NUMERO		FECHA	
RESIDENCIA EN DERMATOLOGIA	SEDE		R	FECHA
MATRICULADO EN UNIVERSIDAD				

DOMICILIO					
CIUDAD	COD. POSTAL		TELEFONO		CELULAR
CORREO ELECTRONICO					
CONSULTORIO					
CIUDAD	COD. POSTAL		TELEFONO		FAX

CENTRO LABORAL		CARGO	
DIRECCION			
CIUDAD		TELEFONO	FAX

ENVIO DE CORRESPONDENCIA A:			
CIUDAD		COD. POSTAL	

PRESENTADO POR LOS MIEMBROS DEL CIDERM			
1 NOMBRE		2 NOMBRE	
FIRMA		FIRMA	

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOTA: Esta solicitud será calificada por la Comisión Directiva Nacional del Circulo Dermatológico del Perú  
Por favor adjuntar curriculum vitae. Asimismo, si lo tuviera, copia legalizada del Título Universitario de Dermatólogo y del Registro de Especialista