



SOLICITUD DE INGRESO
SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA DE CHILE
SOCIO(A) COOPERADOR(A)

Foto carnet del solicitante

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
NOMBRE COMPLETO	
RUT.	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN - COMUNA	
FONO DOMICILIO	
CELULAR	
E-MAIL	
LUGAR DE TRABAJO	
FONO TRABAJO	
FAX TRABAJO	
UNIVERSIDAD DE TITULACION	
FECHA TITULO MEDICO CIRUJANO	

FORMACIÓN ANESTESIOLOGICA (completar la información según corresponda)		
Beca Universitaria Acreditada	Entre los años :	Hospital
Beca Universitaria no acreditada	Entre los años :	Hospital
Otro tipo de beca	Entre los años:	Hospital
Formación en práctica	Entre los años :	Hospital
CERTIFICADOS DE ACREDITACION QUE ADJUNTA (marque con una X)		
Certificado universitario	Certificado CONACEM	Título Médico Cirujano =

Los anestesiólogos extranjeros que realizaron una beca en Chile, deben adjuntar el Certificado de Título de Médico Cirujano convalidado en Chile

Firma solicitante