



SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre
Apellido 1º
Apellido 2º
Fecha de nacimiento

Datos de contacto

Dirección postal	
Localidad	C.P.
Teléfono 1	
Teléfono 2	
E-mail	

Titulación académica

Ldo. en Medicina <input type="checkbox"/>	Univ. y año de licenciatura:
Residente Pediatría <input type="checkbox"/>	Centro y fecha prevista finalización:
Pediatra (vía MIR) <input type="checkbox"/>	Centro y año de especialidad:
Pediatra (otra vía) <input type="checkbox"/>	Especificar:
Otra especialidad <input type="checkbox"/>	Especificar:

Datos laborales

Excedencia <input type="checkbox"/>	Fecha prevista de incorporación a actividad:
Jubilación <input type="checkbox"/>	Año de jubilación:
Activo <input type="checkbox"/>	Centro de trabajo actual:

Declaro conocer y suscribo los Estatutos de la ARPap y solicito su admisión como miembro de la asociación.

En Logroño, a de de 200.....

(firma)