



INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS
SECCION MEXICO

SOLICITUD DE INGRESO

Fecha: _____

Nombre de quien lo propone: _____

1. DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

Dirección _____
Colonia _____ Deleg. o Municipio _____
Ciudad _____ Edo. _____ C.P. _____
Teléfono _____ Celular _____
Correo Electrónico _____
Lugar y Fecha de Nacimiento _____
RFC _____
CURP _____ REG. DGP _____ REG. SSA _____
Datos de Facturación: _____

2.-DATOS PROFESIONALES

Facultad o Escuela donde estudio Odontología _____

Fecha de Recepción _____
Promedio de la Carrera _____
Estudios de Posgrado _____
Escuela donde los realizó _____
Fechas: _____
Grado que obtuvo _____

ANEXAR COPIAS DE LOS TITULOS DE LICENCIATURA, POSGRADO, ETC. Y CEDULAS RESPECTIVAS, ASI COMO DE LOS CONSEJOS, COLEGIOS O ASOCIACIONES PROFESIONALES A LA QUE PERTENECE. Es obligatorio pertenecer a un Colegio o Asociación Profesional Nacional.

3. REFERENCIAS DOCENTES

Escuelas o Facultades donde es Profesor o Investigador: _____

De que fecha _____ A que fecha _____
MATERIA(S) _____

Tipo de Profesor y fechas _____

¿Ha publicado sus investigaciones? SI _____ NO _____
Cargos administrativos en la misma escuela y años _____

4. REFERENCIAS DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS O SANITARIAS

Instituciones y los años que ha laborado en cada una: _____

Puesto en estas Instituciones y años _____

¿En que Consejos ha estado usted Certificado y en que años? _____

(Anexar copias fotostáticas)

6. PERTENENCIA ACTUAL A ASOCIACIONES O SOCIEDADES GREMIALES, CIENTÍFICAS, ALTRUISTAS, ARTÍSTICAS O SIMILARES

Si pertenece a alguna menciónelas y los años de pertenencia

(Anexar copias fotostáticas)

7. DATOS GENERALES

Años de práctica general _____ Desde _____ A _____

Años de práctica especializada _____ Desde _____ A _____

Estado Civil _____ Nombre del cónyuge _____

Dirección de Casa _____

Teléfono de casa _____

Idiomas que habla _____

8. TITULOS DE LIBROS Y ARTICULOS PUBLICADOS POR ORDEN DE FICHA BIBLIOGRAFICA

_____ Si no caben aquí
emplear hojas anexas y adjuntar copias fotostáticas de los artículos únicamente..

9. HONORES Y PREMIOS

Autorizo al International College of Dentists, Sección México, a que corrobore todos los datos que asenté en este documento. Si fuera autorizada mi aceptación, me comprometo a cumplir y hacer cumplir los Estatutos del ICD México y del ICD Internacional y a poner siempre en alto el nombre de México y de la Odontología.

Así mismo me comprometo a pagar todas las cuotas que me sean requeridas para este tramite y las cuotas bianuales cuando ya sea yo fellow ICD. Entiendo que pertenecer a esta Institución es uno de los máximos honores que un Cirujano Dentista puede obtener en su profesión y que la invitación que se me hace es porque he sido señalado como un miembro prominente de la Odontología, de mi comunidad y de mi País y seguiré fielmente el lema del ICD, "Reconociendo el Servicio y la Oportunidad de Servir"

Lugar y Fecha _____

Responsable de la invitación y Zona a la que pertenece _____

Nombre y firma del solicitante _____

Nombre y firma del que invita (Padrino) _____

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS DEL ICD MEXICO Y DE LA COMISION DE ACEPTACION.

