



**Asociación Colombiana de Simulación Clínica
En Ciencias de la Salud ACS-CS**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN
COMO ASOCIADO A LA ACS - CS
INDIVIDUAL __ INSTITUCIONAL __**

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:

E:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCION RESIDENCIA:

E-mail:

TEL:

CEL:

ESTUDIOS REALIZADOS

NIVEL ACADEMICO	TITULO OBTENIDO	UNIVERSIDAD	AÑO	CIUDAD

INFORME LABORAL

EMPRESA:

CARGO:

DIRECCION:

TEL:

EXPERIENCIA EN SIMULACION CLINICA

NINGUNA

1 A 3 AÑOS

3 A 5 AÑOS

MAYOR A 5 AÑOS

SU SOLICITUD SERA EVALUADA POR EL COMITÉ DE ADMISIONES Y SE INFORMARA POR VIA MAIL.
ENVIÉ ESTE FORMATO A NUESTRO CORREO ELECTRONICO