**Sociedad Venezolana de Medicina Interna.**

**RIF. J-30117281-7**

## Solicitud de Miembro Residente SVMI

Nombre y Apellido: ----------N° de Ced: ----------

Lugar de Nacimiento: ----------Edad: ----------Sexo: ----------

Año de graduación de Medico: ----------Universidad: ----------

Dirección de Habitación:----------
---

Teléfonos: ----------Correo electrónico: ----------

Hospital donde realiza actualmente entrenamiento de Residencia:----------
---

Año que cursa de la Residencia ó Entrenamiento: 1° Año ( )

2° Año ( )

3 ° Año ( )

Curso de Post-grado de Medicina Interna o del Programa de Medicina Interna:

( ) Universitaria

( ) No Universitaria

Nombre y Firma del Director de Post-grado o del Director de Programa no universitario que aprueba esta solicitud: ----------

---

Firma del Solicitante

Fecha -------/-------/ -------

N° MSAS: ----------

N° C. de Médicos: ----------

**NOTA**: Agregar a esta solicitud en una sola hoja un resumen curricular del aspirante.