



**Ficha de solicitud de incorporación  
como asociado**

Apellido y Nombres : \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_

Títulos de Grado y/o postgrado obtenidos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabaja actualmente en áreas relacionadas con la  
Física Médica? :

Si	No

Indique cual o cuales son las Areas de Desempeño (x) , y con doble marca (x x) aquella  
en la cual Usted se desempeña en la mayor parte de su tiempo laboral:

Radioterapia:		
Medicina Nuclear:		
Radioprotección:		
Radiodiagnóstico:		
Otras:		

Indique las Areas de trabajo y un porcentaje estimado de dedicación de su tiempo  
Laboral

Investigación: ..... %  
Docencia: ..... %  
Industria privada: ..... %  
Otros: ..... %  
Asistencia Clínica ..... %

Aclaraciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dirección Particular:**

Calle y N° \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Pais: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Firma del Candidato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Dirección Laboral:**

Calle y N° \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Pais: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_  
Horario de Trabajo para Contacto : \_\_\_\_\_

Dirección de preferencia para recibir correspondencia :      Particular      Laboral

La Presente Solicitud es Avalada por los siguientes Socios Activos de SAFIM:

Aval 1      Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aval 2      Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Adjuntar a la presente Solicitud:

- 1) Curriculum Vitae Firmado
- 2) Fotocopia Título de Grado y/o Posgrado
- 3) Fotocopia DNI

Firma del Candidato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_