

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  | GESTION DE AFILIACIONES | GAF FR 001 |
| | SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ACP | VERSION:02 |
| | | FECHA: 08 De Mayo de 2018 |

Ciudad, fecha

Señores

JUNTA DIRECTIVA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

Ciudad.-

De la manera más atenta me dirijo a ustedes, con el ánimo de solicitar ingreso a la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA, en calidad de:

() **MIEMBRO ACTIVO:** Diploma o Certificado de Estudios de Postgrado en Psiquiatría (Si el estudio es en el exterior anexar convalidación del ministerio de Educación Colombiano) , Copia de diploma y acta de grado de medicina, Hoja de Vida con fotografía reciente, , copia de la cedula.

() **MIEMBRO RESIDENTE:** Copia de diploma y acta de grado de medicina, Certificado de Estudios de Postgrado en psiquiatría (vigente), Hoja de Vida con fotografía reciente y copia de la cedula.

() **MIEMBRO ADHERENTE:** Diploma de pregrado, Hoja de Vida con fotografía reciente copia de la cedula.

() **MIEMBRO AFILIADO:**(Instituciones, Grupos Científicos) Estatutos, Lista del Personal Científico, Reseña Histórica y certificado de representación legal.

Por lo cual anexo los documentos pertinentes, además de la presentación por parte de dos Miembros Activos.

Firma: _____

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  | GESTION DE AFILIACIONES | GAF FR 001 |
| | SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ACP | VERSION:02 |
| | | FECHA: 08 De Mayo de 2018 |

Yo: _____, miembro activo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, a paz y salvo con la tesorería, recomiendo al doctor(a): _____ quien desea ser admitido como miembro _____

Ciudad y Fecha: _____

Firma: _____

Yo: _____, miembro activo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, a paz y salvo con la tesorería, recomiendo al doctor(a): _____ quien desea ser admitido como miembro _____

Ciudad y Fecha: _____

Firma: _____

ASPIRANTE: Declaro, que al ser admitido, acataré los Estatutos y demás reglamentos particulares de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ C.C. No. _____

Dirección Residencia: _____

Tels. residencia: _____ Tels. consultorio: _____

Dirección Consultorio: _____

Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  | GESTION DE AFILIACIONES | GAF FR 001 |
| | SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ACP | VERSION:02 |
| | | FECHA: 08 De Mayo de 2018 |

Área de Interés:

- Quehacer Social
- Educación
- Escalas
- Adicciones
- Salud Publica
- Otra

- Infantil
- Enlace
- Psiquiatría geriátrica
- Psiquiatría Clínica
- Forense
- Derechos Humanos

Cual : _____

¿Desea que sus datos aparezcan en la web?

SI _____

NO _____

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a **La ASOCIACION COLOMBIANA DE PSIQUIATRIA** para que realice la recolección, almacenamiento, uso, , supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de sus instalaciones; así como para documentar las actividades gremiales y científicas

Firma: _____

Espacio para aprobación por la Junta Directiva:

Aprobado Sí () No () Fecha: _____ Ciudad: _____