

## SOLICITUD INGRESO SPECH

FECHA:

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

Otra Profesión: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

Postgrados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre Institución en que trabaja: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Otros cargos que desempeña:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Institución(es)  
\_\_\_\_\_

Si actualmente no trabaja en la especialidad, se desempeñó a lo menos un año en un servicio o central de esterilización de una institución de salud pública o privada

Si No

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Fecha:

---

#### EXCLUSIVO COMITÉ ACREDITACION

De acuerdo a los estatutos de SPECH y antecedentes personales el Comité de Acreditación de la corporación es quien acredita los antecedentes y el Directorio valida al socio.

Analizados sus antecedentes de acuerdo a estatutos Usted puede participar en calidad de:

SOCIO FUNDADOR	<input type="checkbox"/>
SOCIO ACTIVO	<input type="checkbox"/>
SOCIO PASIVO	<input type="checkbox"/>
SOCIO ADHERENTE	<input type="checkbox"/>
SOCIO HONORARIO	<input type="checkbox"/>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

---

#### APROBACION DIRECTORIO

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**Observación:**

---

---

---

---

---

---

**FECHA:** \_\_\_\_\_**PRESIDENTE:** \_\_\_\_\_**FIRMA:** \_\_\_\_\_**FECHA:** \_\_\_\_\_**VICEPRESIDENTE:** \_\_\_\_\_**FIRMA:** \_\_\_\_\_