



SOLICITUD DE ADMISIÓN

FILIACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

DOMICILIO:

TELEFONO:

CIUDAD:

Nº DE COLEGIADO:

FAX:

CODIGO POSTAL:

DATOS ACADEMICOS Y PROFESIONALES

TITULO UNIVERSITARIO:

CUALIFICACIÓN PERSONAL:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | MEDICO DE EMPRESA | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> | ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> | DUE/ATS DE EMPRESA | Fecha: |
| <input type="checkbox"/> | SIN ESPECIALIDAD | |

EMPRESA DONDE TRABAJA:

- FECHA DE INGRESO:

- HORARIO:

- CATEGORIA:

- Nº TRABAJADORES:

- DOMICILIO:

- TELEFONO:

CODIGO POSTAL:

FAX:

Relación de empresas anteriores y periodos:

Solicita su ingreso como Socio de Numero de la SOCIEDAD
ASTURIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.

Oviedo, a de de 1997

Fdo:

Documentación a aportar:

- Fotocopia del titulo universitario.
- Fotocopia cualificación profesional.
- Nº cuenta corriente/cartilla ahorro.
- Fotocopia carnet.

Sr. Presidente de la SAMST