

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO GRATUITO

20° CONGRESO INTERNACIONAL DEL COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGIA – CNB

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** |  |
| **N° PASAPORTE** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **DIRECCIÓN COMPLETA** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **CELULAR** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **CODIGO PAÍS** |  |
| **SOCIEDAD FILIAL DE COLABIOCLI A LA QUE PERTENECE \*** |  |

**(\*)** Debe acompañarse de una nota de la sociedad ratificando la antigüedad.

**1.- DATOS ACADÉMICOS. -**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DE GRADO** |  |
| **OTROS** |  |
| **VINCULACIÓN CON UNIVERSIDADES O CENTROS DE ESTUDIO** |  |

**2.- HISTORIA LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** |  |
| **DIRECCIÓN** |  |
| **CARGO** |  |
| **DESCRIPCION DEL CARGO O ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TRABAJO** |  |

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

***FIRMA DEL SOLICITANTE***