

## FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA ASOCIADOS

Conociendo los fines de la Asociación y aceptando sus Estatutos con todos los derechos y obligaciones que conllevan,  solicito ser admitido/a como Socio/a de la ASOCIACION DE EGRESADOS DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER- ASOEGEN U.F.P.S. por la Junta Directiva para lo cual registro mis datos en el siguiente formulario con datos verdaderos, exactos, completos y actualizados.

### DATOS PERSONALES

<b>NOMBRE</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
<b>APELLIDOS</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
<b>CEDULA</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí"/>	<b>LUGAR</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí"/>
<b>DIRECCION RESIDENCIA</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
<b>BARRIO</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto"/>	<b>TELEFONO FIJO</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí"/>
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto"/>	<b>TELEFONO MOVIL</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí"/>
<b>AÑO DE GRADUACION</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto"/>	<b>PIN</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí"/>
<b>SITIO DONDE LABORA</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto"/>		
<b>CARGO ACTUAL</b>	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto"/>		
<b>POSEE ESTUDIOS DE POSGRADO</b>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
	Especifique cuales:		
	ESPECIALIZACION: _____		
	MAESTRIA: _____		
	DOCTORADO: _____		

Sede: Edificio de la Facultad de Ciencias de la Salud U.F.P.S.

Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrió Colsag, San José de Cúcuta - Colombia.

Contacto: [egresadosenfermeria@ufps.edu.co](mailto:egresadosenfermeria@ufps.edu.co) - [asoegen@gmail.com](mailto:asoegen@gmail.com)

