



Asociación Colombiana de Hipnosis Clínica

SOLICITUD DE INGRESO COMO PROFESIONAL ASOCIADO

DATOS PERSONALES					
NOMBRES			APELLIDOS		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.C.	C.E.	PASAPORTE	Nº
NACIONALIDAD			E-MAIL		
DIRECCIÓN DOMICILIO				CIUDAD	
DEPARTAMENTO			PAIS		
TELEFONOS /			MOVIL		
DIRECCIÓN LABORAL				CIUDAD	
DEPARTAMENTO			PAIS		
TELEFONOS /			FAX		
ESTUDIOS REALIZADOS					
1. ESTUDIOS DE PREGRADO					
No	TITULO	AÑO	INSTITUCION	CIUDAD	REGISTRO/FECHA
1					
2					
3					
2. ESTUDIOS DE POSTGRADO					
A. DIPLOMADOS					
No	DIPLOMADO(A) EN	FECHA	INSTITUCION	CIUDAD	HORAS
1					
2					
3					
B. ESPECIALIZACIONES					
No	ESPECIALIZADO(A) EN	INSTITUCION	CIUDAD	REGISTRO/FECHA	
1					
2					
3					

Calle 62 No. 5 - 49 Chapinero Alto
 Tels: + (571) 6 08 49 98 / + (571) 2 35 89 36 Celular: + (57) 310 5541186 / + (571) 316 4188510
 E-Mail: hipnosis_colombia@hotmail.com / hipnosiscolombia@gmail.com
 Bogotá - Colombia



Asociación Colombiana de Hipnosis Clínica

C. MAESTRIAS								
No	MAESTRO(A) EN	INSTITUCION	CIUDAD	REGISTRO/FECHA				
1								
2								
D. DOCTORADOS								
No	DOCTOR(A) EN	INSTITUCION	CIUDAD	REGISTRO/FECHA				
1								
2								
ACTIVIDADES REALIZADAS								
<p>Por favor describa en forma clara y concreta las actividades que usted como profesional del área de la salud o la educación ha realizado en el campo de la hipnosis clínica y/o terapéutica:</p>								
1. _____								
2. _____								
3. _____								
<p>Declaro que la totalidad de la información que he consignado en la presente solicitud, así como los certificados que he anexado, son veraces y legales, y pueden ser verificados en cualquier momento por la ASOCIACION COLOMBIANA DE HIPNOSIS CLINICA .</p>								
_____		_____		_____				
Nombre del solicitante		Firma del solicitante		Ciudad y Fecha				
<p>Anexar: Fotocopia del documento de identidad, Fotocopia autenticada de Título Profesional en el área de la Salud, Fotocopia autenticada de estudios de postgrado en Hipnosis Clínica y/o Terapéutica y dos fotos tipo carné.</p>								
ESPACIO PARA LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HIPNOSIS CLÍNICA								
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">ACEPTADA</td> <td style="padding: 5px;">APLAZADA</td> <td style="padding: 5px;">RECHAZADA</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					ACEPTADA	APLAZADA	RECHAZADA	
ACEPTADA	APLAZADA	RECHAZADA						
Observaciones : _____								
_____		_____		_____				
Presidente		Secretario		Ciudad y Fecha				

Calle 62 No. 5 - 49 Chapinero Alto
 Tels: + (571) 6 08 49 98 / + (571) 2 35 89 36 Celular: + (57) 310 5541186 / + (571) 316 4188510
 E-Mail: hipnosis_colombia@hotmail.com / hipnosiscolombia@gmail.com
 Bogotá - Colombia