

BECAS PANAMERICANAS FORMULARIO DE REGISTRO-CHILE 2025

XXIX CONGRESO ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CCC- CHILE 2025

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TÍTULO Y POSICIÓN DEL SOLICITANTE (EJEMPLO: ESPECIALISTA, PROFESOR, ASISTENTE, INSTRUCTOR CLÍNICO, RESIDENTE, ETC...)

INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD:

DIRECCIÓN DEL TRABAJO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

PAIS:

TELÉFONO CELULAR: CÓDIGO PAIS

CORREO ELECTRÓNICO NO.1

NO.2

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

PAIS:

¿EXISTE ALGÚN IMPEDIMENTO DE VISA O PASAPORTE PARA QUE UD. PUEDA VIAJAR A BUENOS AIRES - ARGENTINA?

SI NO

INFORMACIÓN PROFESIONAL

GRADO MÉDICO (DOCTOR EN MEDICINA O EQUIVALENTE) UNIVERSIDAD:

AÑO DE GRADUACIÓN:

PAIS:

DONDE SE HIZO SU ENTRENAMIENTO/RESIDENCIA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA:

CIUDAD/PAIS:

AÑOS: DESDE

HASTA

JEFE ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE ORL:

¿HA USTED ASISTIDO AL CONGRESO PANAMERICANO ANTERIORMENTE?

SI NO

¿HA USTED RECIBIDO ALGUNA BECA DEL CONGRESO PANAMERICANO ANTES?

SI NO

¿HA REQUERIRÁ DE UNA CARTA DE INVITACIÓN PARA DEMOSTRAR AL CONSULADO EL TRAMITE DE LA VISA?

SI NO