



Colegio de Profesionales en Enfermería del Estado de Sonora, A.C.

Teléfono de Oficina 01 (662) 2670843

cpees2013-2016@hotmail.com

SOLICITUD DE INSCRIPCION COMO SOCIO

FECHA: _____

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

R.F.C. _____ CURP _____

DOMICILIO: _____
Calle Num. Colonia Municipio C.P.

TELEFONOS: _____
Particular Trabajo Celular

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
Lugar dd/mm/aa

DATOS LABORALES

INSTITUCION DONDE LABORA: _____

PUESTO: _____ TURNO: _____

ESTUDIOS ACADÉMICOS

EGRESADO DE: _____

NIVEL OBTENIDO:

ENF. GRAL: _____ ESPECIALISTA: _____ LICENCIATURA: _____

MAESTRIA: _____ PASANTE DE ENFERMERÍA: _____

OTROS (ESPECIFIQUE): _____

CEDULA PROFESIONAL NÚMERO: _____

ANEXOS: COPIA CEDULA PROFESIONAL Y COPIA TITULO.

CIENCIA, ARTE Y AMOR
AL SERVICIO DE LA HUMANIDAD
ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA