

**SMPDC A.C.**  
**Pediatría-Desarrollo-Conducta-México**

**SOLICITUD DE INGRESO SOCIO/A ACTIVO/A**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/país de residencia:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

(Obligatorio) Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con numero de Cedula Profesional  
\_\_\_\_\_ Expedida el dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de la licenciatura en

\_\_\_\_\_.

*Llenar solo las que apliquen:*

Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

con numero de Cedula Profesional \_\_\_\_\_ Expedida el dia  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de **Especialidad** en \_\_\_\_\_.

Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

con numero de Cedula Profesional \_\_\_\_\_ Expedida el dia  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de **Especialidad** en \_\_\_\_\_.

Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

del **Curso de Posgrado de Alta Especialidad** en \_\_\_\_\_.

Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

con numero de Cedula Profesional \_\_\_\_\_ Expedida el dia  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de **Maestría** en \_\_\_\_\_.

Egresado de la Universidad: \_\_\_\_\_

con numero de Cedula Profesional \_\_\_\_\_ Expedida el dia  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de **Doctorado** en \_\_\_\_\_.

Solicito ingresar como **Socio Activo de la SMPDC A.C.**, en caso de ser aceptado,  
me comprometo a cumplir los siguientes derechos y obligaciones:

Asistir a las actividades de la Asociacion, hacer sugerencias que tiendan al mejora-  
miento de la Asociacion, votar y ser votados para cualquier cargo dentro del Conse-  
jo Directivo. Participar en alguna de las Comisiones y cumplir en tiempo y forma con  
la anualidad correspondiente.

**Firma del Solicitante**