



<b>Solicitud de Inscripción / Reinscripción</b>	FECHA DE INGRESO / / 20	Nº DE SOCIO
---	----------------------------	-------------

Apellido/s y Nombre/s (Completo)	Tipo y Número de Documento
----------------------------------	----------------------------

<b>Tipo de Socio</b>  <input type="checkbox"/> Socio TITULAR (Profesional)  <input type="checkbox"/> Socio ADHERENTE (Estudiante de la carrera)	<b>Título Obtenido</b> <input type="checkbox"/> Licenciatura en Nutrición <input type="checkbox"/> Especialista: <input type="checkbox"/> Posgrado: <input type="checkbox"/> Maestría: <input type="checkbox"/> Doctorado en Nutrición	<b>Universidad / Institución</b>
---	---	----------------------------------

<b>Experiencia Laboral Principal</b> <i>Puede seleccionar SOLO una opción:</i> <input type="checkbox"/> Residencia - Concurrencia <input type="checkbox"/> Docencia <input type="checkbox"/> Nutrición Clínica Adulto <input type="checkbox"/> Nutrición Clínica Niños <input type="checkbox"/> Trastornos Conductas Aliment., Obesidad y Estética <input type="checkbox"/> Nutrición Gerontológica <input type="checkbox"/> Gestión en Servicios de Alimentación <input type="checkbox"/> Nut. Salud Pública y Nutrición Comunitaria <input type="checkbox"/> Tecnología Dietética - Industria <input type="checkbox"/> Nutrición y Deporte <input type="checkbox"/> No posee experiencia laboral	<b>Capacitación: ¿cuál es el área de su interés?</b> <i>Puede seleccionar las opciones que desee:</i> <input type="checkbox"/> Nutrición Comunitaria <input type="checkbox"/> Nutrición Clínica <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Trastornos de la Alimentación <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Gestión y Administración <input type="checkbox"/> Evaluación nutricional y Soporte Nutricional <input type="checkbox"/> Administración de Servicios de Alimentación <input type="checkbox"/> Nutrición Gerontológica <input type="checkbox"/> Nutrición Infantil <input type="checkbox"/> Otros: .....
--	--

<b>Otro/s Idioma/s</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán           Otro/s:

<b>Matrícula</b>	<b>Año de Graduación</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<input type="checkbox"/> Nacional Nº: <input type="checkbox"/> Provincial Nº:		/ /

<b>Domicilio Completo</b>				
Calle	Número	Piso	Departamento	Unidad
Localidad	Cód. Postal	Provincia	País	

<b>Teléfono/s de Contacto</b>	<b>Dirección de E-Mail</b>
-------------------------------	----------------------------

<b>Lugar de trabajo actual, Dirección y Teléfono</b>
--

<b>Interés en integrar</b>					
<input type="checkbox"/> Comité Científico AADYND	<input type="checkbox"/> Comité Asuntos Profesionales AADYND	<input type="checkbox"/> Comité de Prensa AADYND	<input type="checkbox"/> Comité de Página Web AADYND	<input type="checkbox"/> Comité de Cultura AADYND	<input type="checkbox"/> Otros: .....

Los datos consignados en esta solicitud serán de uso exclusivo de la AADYND.  
 Cualquier modificación en los mismos deberá informarse por escrito (manuscrito, fax o e-mail), como así también la renuncia a esta membresía, dejando constancia de la causa de baja y la fecha a partir de la cuál se la solicita.  
 Por cuestiones de seguridad, no se aceptarán modificaciones o pedidos de baja telefónica o de palabra.