



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

SOLICITUD PARA SER MIEMBRO DE SERPE

Para optar a ser Socio (Numerario o Agregado) de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) debe:

1. Cumplir los requisitos especificados en sus [Estatutos](#) (*Capítulo IV de los Estatutos, "De los Asociados", página 6*)
2. Enviar los impresos de solicitud y *currículum vitae* debidamente cumplimentados.

Las solicitudes se enviarán directamente a la Secretaría de SERPE al pulsar el botón "Enviar", quien las someterá a evaluación por la Junta Directiva y, si procede, a aprobación por mayoría simple de la Asamblea General. Para cualquier duda dirigirse a info@reumaped.es

Primer Apellido	<input type="text"/>		
Segundo Apellido	<input type="text"/>		
Nombre	<input type="text"/>		
DNI	<input type="text"/>		
Centro de Trabajo	<input type="text"/>		
C/	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

DIRECCIÓN PARTICULAR

C/	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Pediatra	<input type="checkbox"/>
Reumatólogo	<input type="checkbox"/>
Otra (Especificar)	<input type="text"/>



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CLASE DE SOCIO A LA QUE OPTA

Numerario

Debe acreditar los puntos: 1 ó 2, 3, 4 y 5.

1. Unidad asistencial donde se haya realizado la formación.

Se acreditará mediante certificado del centro donde se haya realizado la formación en Reumatología Pediátrica. Dicho certificado debe especificar:

1. Fechas de inicio y finalización de la formación,
2. Centro donde se llevó a cabo,
3. Responsable de la misma y
4. Firma del Jefe de Servicio o de Departamento del centro sanitario donde se llevó a cabo.

Unidad Asistencial donde se realizó la formación:

Centro Sanitario

Servicio | Sección | Unidad

Nº meses de formación

Responsable del Servicio o Sección

Se adjunta certificado acreditativo de formación (*) SI NO

2. Certificado de prestar actividad asistencial:

Parcial días/semana días/mes

Completa

Responsable de la Sección o Servicio

Se acreditará mediante certificado del centro donde se preste la actividad asistencial. Dicho certificado debe especificar:

1. Fecha de inicio de la actividad en reumatología pediátrica
2. Número de días/semana o mes de consulta
3. Firma del Jefe de Servicio o de Departamento del centro sanitario

Se adjunta certificado acreditativo de actividad asistencial (*) SI NO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

3. **Certificado de pertenecer a AEP/SER:**

AEP SER

Se adjunta certificado de pertenencia a la sociedad correspondiente (*) SI NO

4. **Acredita haber presentado una comunicación a algún Congreso de SERPE**

Título

Autores

Congreso donde fue presentada

Se adjunta copia de la comunicación SI NO

5. **Avales de socios**

Se adjunta copia de los dos avales (*) SI NO

Agregado

Al enviar la solicitud se compromete a cumplir los Estatutos Sociales y los acuerdos válidamente adoptados por los Órganos de Gobierno de la Sociedad.

a de ,

* Se debe remitir original de cada certificado a la atención de la Secretaría Técnica de la Sociedad Española de Pediatría Reumática
Kenes Group. C/ Balbino Marrón 8, Portal A, Planta 1ª, Mod. 16. 41018, Sevilla



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN ACADÉMICA

LICENCIATURA

Medicina

Otra (especificar)

Universidad

Fecha de Licenciatura

DOCTORADO

Medicina

Otra (especificar)

Universidad

Fecha de Doctorado

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Actividad profesional actual

Fecha de inicio

Centro de Trabajo

FORMACIÓN ADICIONAL EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA *(además de la requerida en el punto 1 de Socio Numerario)*

Centro 2

Fechas

Centro 3

Fechas

ADJUNTAR RESUMEN DE PUBLICACIONES en el campo de la Reumatología Pediátrica *(no superar 2 hojas)*