



SOLICITUD DE MEMBRESÍA¹
SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPEUTICA

1. Antecedentes personales	
Nombres y apellidos	
Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	
Domicilio actual	
Ciudad de residencia	
País de residencia	
Teléfono	
Correo electrónico	

2. Cargo académico en la actualidad (si aplica)	
Tipo de cargo académico/universitario (profesor titular, profesor asistente, etc)	
Antigüedad	
Institución/Universidad	
Ciudad	
País	

3. Institución donde trabaja en la actualidad	
Cargo (neurorradiólogo diagnóstico, neurorradiólogo intervencional, radiólogo)	
Cargo administrativo (ej: jefe de Unidad, jefe de Servicio, etc)	
Antigüedad	
Institución	
Ciudad	
País	

¹ Remitir a Secretaría Administrativa SILAN
Correo electrónico: secretariasilan@gmail.com

4. Formación		
4.1 Pregrado	Título	
	Universidad	
	Año de egreso	
4.2 Postgrado (residencia o especialización)	Título	
	Universidad	
	Centro de formación	
	Periodo	
4.3 Especialización en Neurroradiología diagnóstica (si aplica)	Universidad	
	Centro de formación	
	Periodo	
	Director del programa	
4.3 Especialización en Neurroradiología intervencional (si aplica)	Universidad	
	Centro de formación	
	Periodo	
	Director del programa	

Firma

Fecha

Para uso de Comité Directivo SILAN

Candidatura aceptada: SI___ NO___

Fecha _____

Firma Presidente SILAN _____