

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA ACADEMIA DE MEDICINA DE FAMILIA DE ESPAÑA DE LA SEMFYC

MIS DATOS

Nombre: _____

Apellidos: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Ciudad: _____

Povincia: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

DNI/NIE: _____

Universidad vinculada: _____

Doctor/a (fecha de la tesis doctoral): _____

Socio/a de la semFYC:

¿A qué sociedad federada perteneces?

Firma: _____

Fecha: _____

SOLICITO MI INSCRIPCIÓN COMO

ACADÉMICO/A DE NÚMERO por mi condición de (no excluyentes):

Miembro previo del grupo de pregrado de la semFYC

Miembro previo de la AMFE

Profesor/a de universidad

Catedrático/a

Acreditado/a sin plaza

Profesor/a titular

Acreditado/a sin plaza

Profesor/a permanente laboral

Acreditado/a sin plaza

Profesor/a asociado

Colaborador/a docente

Miembro actual o pasado de la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC

Docente de formación especializada, vinculado/a con la universidad

Jefes/as de estudio

Técnicos/as de salud

Tutor/a de formación especializada en MFyC

Docentes de formación para el desarrollo competencial de MFyC

Miembro de grupos de trabajo de la semFYC docentes

ACADÉMICO/A ADHERIDO por mi condición de:

Especialista en MFyC, socio/as de la semFYC, doctor/a (tesis doctoral), sin vinculación con la universidad, pero con interés en la docencia de grado.

Especialista de otra especialidad y los/as graduados/as en otras ramas sanitarias, socios/as de la semFYC, con vinculación con la universidad.