

ORGANIZACION PUERTORRIQUENA DE PATOLOGIA DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDIOLOGIA



SOLICITUD DE INGRESO-SOCIO ESTUDIANTIL

Nombre: _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos Personales: _____

Email: _____

SOCIO ESTUDIANTIL: Debe ser estudiante regular de un programa de terapia del habla-lenguaje, patología del habla- lenguaje y/o audiología.

- No cualifica para esta categoría un profesional ya licenciado que esté estudiando.
- Cuota de ingreso: \$5.00 Cuota anual: \$20.00
(Vigente de agosto a agosto de cada año)

Grado que aspira: _____ Especialidad: __THL __PHL __AUD

Universidad en que estudia: _____ Fecha en la que espera graduarse: ___/___/___

Acompañe la solicitud con lo siguiente:

- Carta oficial del Director del programa o departamento de trastornos comunicológicos que certifique que es estudiante regular del programa de terapia del habla-lenguaje, patología del habla-lenguaje y/o audiología.
- Cuota de ingreso de \$5.00.
- Cuota anual de \$20.00 (vigente por el año académico que cursa).

firma del candidato

firma del socio que endosa la solicitud

fecha

fecha

USO OFICIAL

Fecha del pago: _____ Fecha de recibido _____

Cantidad: \$ _____

Método de pago:

- Efectivo (sólo si paga en la oficina o en actividades de educación continua)
- Giro postal: _____
- Cheque: Banco _____ # cheque _____

Año _____ Depósito: _____ # _____