

ORGANIZACION PUERTORRIQUENA DE PATOLOGIA DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDIOLOGIA



SOLICITUD DE RENOVACION -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 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 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:** \_\_\_\_\_ **#** \_\_\_\_\_

Dirección física: Ave Laurel Z- 27 Lomas Verdes Bayamón, PR  
 Postal: P.O. Box 360366 San Juan, Puerto Rico 00936-0366  
 Email: [oppkla@gmail.com](mailto:oppkla@gmail.com) Teléfono (787)268-0273 Fax (787)268-0273