

ANEXO 2

MODELO DE INSCRIPCION DEL CAPÍTULO DE ALERGIA Y DERMATOSIS PROFESIONALES DE CILAD

Dados de identificación

Nombre

Institución

Dirección

Telefono/Fax

E-mail

Datos académicos

Especialista

Maestría

Doctorado

Título Académico Docente

Profesor de Dermatología

Actividades en el área del Capítulo

1- Escribió tesis o publicó trabajos relacionados con temas Del Capítulo?

No Sí Cuál?

2- Ya dictó charlas / conferencias sobre los temas del Capítulo?

No Sí Cuál?

3- Usted tiene alguna actividad docente relacionada con el Capítulo?

No Sí Cuál?