FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEMBRESÍA ADHERIDA

Sociedad Odontológica Forense de México (SOFoM)

INSTRUCCIONES GENERALES

Complete todos los campos y adjunte la documentación requerida según el tipo de membresía. La información será utilizada con fines académicos, administrativos y estadísticos.

- **Formato**: Puede llenarse digitalmente o a mano (en letra de molde legible).
- **Firma**: Debe firmarse autógrafamente en todas las páginas.
- **Envío**: Remitir al correo electrónico: info@odontologiaforensemexico.com en formato PDF.

REQUISITOS GENERALES PARA MIEMBRO ADHERIDO

1. **Documentación obligatoria:**

- Identificación oficial.
- Comprobante de domicilio vigente.
- Título y cédula profesional de licenciatura y posgrado (si aplica).
- Currículum vitae actualizado.
- Carta de intención dirigida al Director General, explicando su interés en ser parte de SOFoM.

2. **Compromisos:**

- Respetar los estatutos y código de ética de SOFoM.
- Cubrir la cuota anual correspondiente.

Nota: todos los documentos deben ser escaneados de los originales y enviados en formato PDF.

REQUISITOS PARTICULARES

Para Miembro Profesional:

- Acreditar, mediante constancia laboral y/o credencial institucional, que se desempeña activamente en el área de odontología forense y está vinculado a una agencia, organismo, institución o entidad dedicada a esta disciplina.

Para Miembro Estudiante:

- Acreditar la calidad de estudiante de pregrado o posgrado en odontología mediante constancia escolar oficial, carta de pasante o credencial escolar oficial.

Tipo de membresía solicitada (seleccione una):

[ ] Miembro Profesional ($1,200.00 MXN)

[ ] Miembro Asociado ($800.00 MXN)

[ ] Miembro Estudiante ($600.00 MXN)

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Género (solo con fines estadísticos): _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico personal: _____

Organización/Empresa: _____

Puesto/Cargo: _____

Dirección postal completa:

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

País: _____

¿Cómo se enteró de SOFoM?_____

INFORMACIÓN ACADÉMICA ACTUAL (si aplica)

Universidad: _____

Dirección:_____

¿Está acreditada? [ ] Sí [ ] No

Grado que cursa:_____

Fecha de inicio: _____

Fecha estimada de término:_____

Tipo de inscripción: [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial

Modalidad: [ ] En línea. [ ] Presencial

Nombre del Jefe/Supervisor de Departamento: _____

Correo electrónico:_____Teléfono: _____

Planes al egresar:_____

Objetivos profesionales:_____

EDUCACIÓN CONFERIDA

(Listar los estudios concluidos en odontología y capacitaciones relevantes en odontología forense)

EXPERIENCIA LABORAL

¿Tiene experiencia previa en odontología forense? [ ] Sí [ ] No

¿Trabaja actualmente como odontólogo forense? [ ] Sí [ ] No

Años de experiencia como odontólogo forense:

[ ] Ninguno

[ ] De 1 a 3

[ ] De 3 a 5

[ ] Mas de 5

Describa sus actuales funciones como odontólogo forense:

Empleo actual

Empleador:_____

Dirección: _____

Sitio web: _____

Fecha de inicio:_____

Puesto/Cargo: _____

% aproximado de tiempo que dedica a la odontología forense: _____%

Descripción del puesto/cargo:_____

Participación en sociedades/organismos forenses

Detalles:_____

Publicaciones

Lista de publicaciones relevantes en odontología forense:_____

_____

_____

CONDUCTA ÉTICA

Marque "Sí" o "No" según corresponda:

¿Le han revocado o suspendido alguna licencia profesional? [ ] Sí [ ] No

¿Ha sido censurado o dado de baja por alguna organización forense? [ ] Sí [ ] No

¿Ha sido declarado culpable o esta bajo investigación por conducta poco ética? [ ] Sí [ ] No

¿Ha sido condenado por algún delito? [ ] Sí [ ] No

ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS

[ ] Autorizo a SOFoM a verificar la veracidad de la información presentada.

[ ] Confirmo que la información es veraz y acepto los estatutos de SOFoM. Entiendo que incumplirlos puede resultar en suspensión o expulsión.

NOTAS IMPORTANTES

- *La aprobación de la membresía será notificada por correo electrónico.*
- *Los miembros adheridos disfrutan de beneficios como acceso a actividades académicas, descuentos en eventos/cursos y asesorías personalizadas, pero no tienen derechos de voto en decisiones estatutarias ni facultades legales.*

Nombre completo y firma del solicitante: _____

Fecha: _____