



ORGANIZACIÓN PUERTORRIQUEÑA DE PROFESIONALES DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDIÓLOGOS

SOLICITUD DE INGRESO-SOCIO ESTUDIANTIL

Requisitos para esta categoría de SOCIO ESTUDIANTIL:

- 1- Debe ser estudiante regular de un programa de terapia del habla-lenguaje, patología del habla-lenguaje y/o audiología.
- 2- No cualifica para esta categoría un profesional ya licenciado que esté estudiando.
- 3- Cuota de ingreso: **\$5.00** Cuota anual: **\$20.00** (Vigente de agosto a agosto de cada año.)

Nombre: _____

Dirección
residencial: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos:

principal: ()- - otro ()- -

Email: _____

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 PHL, THL o AuD 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 de Ingreso _____ Fecha del depósito: _____ #confirmación _____