



## ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE ENFERMERÍA AC

### SOLICITUD DE AFILIACIÓN

**DRA. LAURA MORÁN PEÑA  
PRESIDENTA**

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Debidamente autorizado (a) por el Rector de la \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **(adjuntar carta)** y según Acta No. \_\_\_\_\_  
y en mi condición de \_\_\_\_\_  
atentamente me dirijo a Ustedes para que se acepte el ingreso de la  
\_\_\_\_\_ que represento para ser afiliado a ALADEFE.

A continuación, me permito poner en su conocimiento los siguientes datos del programa de Enfermería, Escuela o Facultad: **(Adjuntar documento presentación del Programa que muestran su pertenencia a una institución de educación superior legalmente reconocida)**

NOMBRE COMPLETO

\_\_\_\_\_

PAÍS: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

PAGINA WEB: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

#### ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE ALADEFE

ACUERDO DEL CONSEJO EJECUTIVO: \_\_\_\_\_ FECHA:

RATIFICACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL: \_\_\_\_\_ FECHA: