



**Sociedad de Física Médica Chilena**  
Profesor Zañartu 1010,  
Independencia, SANTIAGO.  
Fono: (+56) 63 2263579  
Correo: sofimech.presidente@gmail.com

---

## SOLICITUD DE ADMISIÓN COMO SOCIO TITULAR DE SOFIMECH

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Estimado F.M. Rubén A. Yáñez D.

Presidente de SOFIMECH

Presente,

Yo, \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_ solicito a usted, y por su intermedio, al directorio de la Sociedad de Física Médica Chilena (SOFIMECH) que se me admita como miembro de esta sociedad científica en calidad de Socio Titular. Al firmar la presente solicitud declaro conocer los estatutos y reglamentos vigentes, y me comprometo a dar fiel cumplimiento de lo establecido en ellos.

A fin de posibilitar la tramitación de esta solicitud, pongo a disposición del directorio los siguientes datos:

- Datos personales.
- Datos laborales.
- Datos académicos.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable, lo saludo cordialmente.

---

Firma y rut del solicitante

**DATOS PERSONALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

**DATOS ACADÉMICOS**

(1) Título de Grado: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

(2) Título de Grado: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

(3) Título de Posgrado: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

(4) Título de Posgrado: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

**DATOS LABORALES**

(5) Lugar de trabajo actual: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

(6) Indique antigüedad en cargo actual: \_\_\_\_\_ y función principal \_\_\_\_\_

(7) Indique en que área de la Física Médica se desempeña actualmente:

- Clínica (Radioterapia, Medicina Nuclear, Imágenes, otros)
- Académica (Docencia e investigación)
- Regulatoria (Radioprotección, Seguridad Nuclear, etc)
- Actividad Privada (Servicio dosimetría, Ventas, Consultoría, ect)

(8) ¿Al finalizar su formación académica completó un programa de residencia? (si/no) \_\_\_\_\_

(9) Si respondió que si al punto 8, indique:

a. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

b. Tutor: \_\_\_\_\_

c. Duración de la residencia y carga horaria semanal : \_\_\_\_\_