



REQUISITOS PARA AFILIACIÓN

Con la presente reciba un saludo cordial y agradecimientos por prestar interés en ser parte de la AIA-LP, a continuación le presentamos los siguientes requisitos:

- Formulario de Registro debidamente llenado y firmado
- Fotografía 4x3 en fondo Blanco (Digital)
- Depósito de 350 Bs. Banco Nacional de Bolivia **BNB**, Cuenta **150-3095048** a nombre de Manchego Choque Gloria (Secretaria de Hacienda) y Ramos Quispe Fany (Presidenta) adjuntar copia (fotografía del baucher del depósito)
- Fotocopias simples de:
 1. Cedula de identidad
 2. Título académico
 3. Título en provisión nacional (opcional)
 4. Títulos de postgrado (opcional)
 5. Resumen de hoja de VIDA

Enviar todo lo solicitado en formato DIGITAL al correo: aia.lp.bo@gmail.com con copia a aorellana.aia.lp@gmail.com

Entregar toda la documentación en formato FISICO y ORIGINALES para su verificación a la dirección C. Aspiazu N° 638 Z. Sopocachi todos los Lunes de 19:00 a 21:00 pm, previa cita a los teléfonos: 77208787 ó 73273906.

LA DIRECTIVA



**FORMULARIO DE REGISTRO DE ASOCIADO****A. DATOS PERSONALES**

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------------|-----------|--------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | | | |
| | | | | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | | | | |
| CEDULA DE IDENTIDAD: | | EXP.: | | | |
| RENCA Nº | | (opcional) | | | |
| DOMICILIO: | CIUDAD | ZONA | CALLE/AVENIDA | Nº | DPTO. |
| | | | | | |
| TELÉFONO: | | CELULAR: | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |

B. INFORMACIÓN ACADÉMICA

| TÍTULO ACADÉMICO | | | | | |
|------------------|------------------|-----------------|--|------------------|--|
| GRADO ACADÉMICO | | | | | |
| Nº | FECHA DE EMISIÓN | OTORGADO POR LA | | LUGAR DE EMISIÓN | |
| | | | | | |

| TÍTULO PROVISIÓN NACIONAL | | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------|--|------------------|--|
| TÍTULO PROFESIONAL | | | | | |
| Nº | FECHA DE EMISIÓN | OTORGADO POR EL | | LUGAR DE EMISIÓN | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| LUGAR Y FECHA DE REVALIDACIÓN*: | | | | | |
| REVALIDADO POR: | | | | | |

*Solo para títulos otorgados por Universidad Extranjera

FIRMA DEL SOLICITANTE

c. REGISTRO (A ser llenado por el responsable de registros)

| | |
|----------------------------|--|
| NÚMERO DE REGISTRO: | |
|----------------------------|--|

LUGAR Y FECHA

SECRETARIO

Sello

PRESIDENTE