**Formato de Aplicación de Membresía**



**Datos Básicos**

|  |
| --- |
| **Nombres y Apellidos:** |
| **Número de identificación:** |
| **Teléfono Celular:** |
| **Correo Electrónico:** |
| **Dirección:** |
| **Ciudad y país de Residencia:** |
| **Profesión:** |
| **Compañía/Organización/Universidad:** |
| **Teléfono Trabajo:** |

**Información Adicional**

|  |
| --- |
| **Año desde el cual se desempeña en Seguridad y Salud Ocupacional:** |
| **Se desempeña en actividades de Higiene Ocupacional:**  **Si □ NO □** |
| **Acoge el Código de Ética de la SCHO:**  **Si □ NO □** |
| **Se encuentra interesado en aumentar sus competencias en Higiene Ocupacional:**  **Si □ NO □** |

**Grupos de Trabajo Voluntario**

**Seleccione en que Grupo de Trabajo Voluntario de la SCHO le gustaría participar:**

**Legislativo & Normativo □ Formativo & Educativo □ Científico & Investigativo □**

**Seleccione el Tipo de Membresía**

**Seleccione en qué tipo de Membresía le gustaría participar:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miembro Estudiante □**  ($91.000) | **Miembro Fundador □**  ($137.000) | **Miembro Antiguo □**  ($164.000) |
| **Nuevo Miembro □**  ($182.000) | **Miembro Persona Jurídica □**  ($908.526) | **Antigua Persona Jurídica □**  ($727.000) |