



## SOLICITUD / RENOVACION DE MEMBRESIA AAPR 2019

(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Audiólogo: \_\_\_\_ MS \_\_\_\_ Au.D. \_\_\_\_ Au.D. en proceso \_\_\_\_ PhD Núm. Lic. \_\_\_\_\_ (Mes/Año renovación \_\_\_\_/\_\_\_\_)  
Otro: \_\_\_\_\_ Numero Licencia \_\_\_\_\_ (Mes/Año renovación \_\_\_\_/\_\_\_\_)  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Lugar y Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Deseo que la siguiente información aparezca en la página de Internet **(si no interesa favor de no marcar)**:

\_\_\_\_ Mi nombre \_\_\_\_ Nombre de la Oficina \_\_\_\_ Dirección Trabajo \_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_ Correo Electrónico

### Favor de leer. Marque solamente una:

\_\_\_\_ **Miembro regular (\$85.00)** – está abierta a todos los audiólogos que hayan obtenido un grado de maestría o doctorado en audiología de una Institución Educativa acreditada por el Estado. Se renueva anualmente. Se requiere estar licenciado para ejercer la profesión en Puerto Rico. **Deberá someter copia de la licencia profesional vigente. Tienen privilegio al voto.**

\_\_\_\_ **Miembro Fundador (\$70.00)** - no esta abierta para miembros nuevos o regulares. Se renueva anualmente. Se requiere estar licenciado para ejercer la profesión en Puerto Rico. **Deberá someter copia de la licencia profesional vigente. Tienen privilegio al voto.**

\_\_\_\_ **Miembro estudiantil (\$20.00)** - está abierta para estudiantes de programas de doctorado en audiología acreditado regionalmente. **Tendrá los mismos privilegios y obligaciones que un miembro regular excepto el derecho al voto.**

\_\_\_\_ **Miembro Asociado (\$90.00)** – está abierta para aquellos profesionales que tienen evidencia escrita de su investigación, interés o trabajo en el campo de la audiología. **Incluye Audiólogos que están en el proceso de transición para obtener su licencia profesional pero que tienen licencia provisional de la cual deberá someter copia. La solicitud está sujeta a evaluación y aprobación del comité de membresía. No tiene el privilegio al voto.**

**Puede realizar su pago mediante ATH, Visa o Master Card o cheques.**

**Favor de enviar este documento debidamente completado, el código de ética firmado con copia de la licencia profesional a:**

**Academia de Audiología de Puerto Rico  
ATT. Renovación / Solicitud  
PO Box 194920, San Juan P.R. 00919-4920.**

**Como solicitante me comprometo a cumplir con el reglamento de la Academia de Audiología de Puerto Rico y a seguir el Código de Ética.**

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