



INTERNATIONAL ACADEMY OF PROFESSIONAL OCULARISTS

INSCRIÇÃO

Informação pessoal

Sobrenomes: _____

Nomes: _____

Data de Nascimento _____/_____/_____
dia mês ano

Gênero: Masculino _____ Feminino _____

Endereço Principal

Nome da Clínica / consultório / Laboratório onde trabalha: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Estado: _____

País: _____

Outros Endereços:

Nome da Clínica/ Consultório/ Laboratório onde trabalha: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Estado: _____

País: _____

Associado a outras organizações

1) Nome: _____

Membro desde: _____/_____/_____
dia mês ano

2) Nome: _____

Membro desde: _____/_____/_____
dia mês ano

3) Nome: _____

Membro desde: _____/_____/_____
dia mês ano

Informação de contato:

Telefone da clínica / consultório / laboratório:

Telefone fix Telefone fixo: _____

Celular: _____

email:

Outros emails:

(opcional) _____

Educação

Graduação: _____

Nome da instituição, faculdade, centro universitário ou universidade:

Cidade: _____

Estado: _____

País: _____

Data da graduação: _____/_____/_____
dia mês ano

Outras Graduações

Nome da instituição, faculdade, centro universitário ou universidade:

Cidade: _____

Estado: _____

País: _____

Data da graduação: _____/_____/_____
dia mês ano

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: +1 787-604-5130.

Email: presidenciainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>



INTERNATIONAL ACADEMY OF PROFESSIONAL OCULARISTS

INSCRIÇÃO

Pós graduação

Nome da instituição: _____

Nome do curso: _____

- () Atualização
() Especialização
() Mestrado
() Doutorado

Confere título de: _____

Data de início ____/____/____
 dia mês ano

Data de conclusão ____/____/____
 dia mês ano

Carga horária total: _____

Quadro de Certificações e outros títulos

Nome da instituição _____

Nome do curso _____

Confere título de _____

Data da certificação ____/____/____
 dia mês ano

Carga horária total _____

Informação profissional

Você está certificado por outro tipo de instituto, colégio, clínica, laboratório ou universidade?

Nome do curso: _____

Data da certificação ____/____/____
 dia mês ano

Carga horária: _____

Confere título de: _____

Número de registro profissional: _____/_____

Referências

Caso você seja um ocularista atualmente, comprove com ao menos um nome de algum ocularista, optometrista ocularista, oftalmologista ocularista ou odontólogo ocularista, que avalie apoie e assine por seu pedido como referências a serem consultadas pela junta diretiva.

A junta diretiva revisará antes de aprovar ou reprová-la sua solicitação.

Nome referencial 1:

Endereço: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Estado: _____

País: _____

Nome referencial 2:

Endereço: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Estado: _____

País: _____

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: +1 787-604-5130.

Email: presidenciainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>



INTERNATIONAL ACADEMY OF PROFESSIONAL OCULARISTS

INSCRIÇÃO

Acordo para uso de informação

Ao fazer o preenchimento dessa solicitação para ser membro da INAPO, estou de acordo com as seguintes normativas:

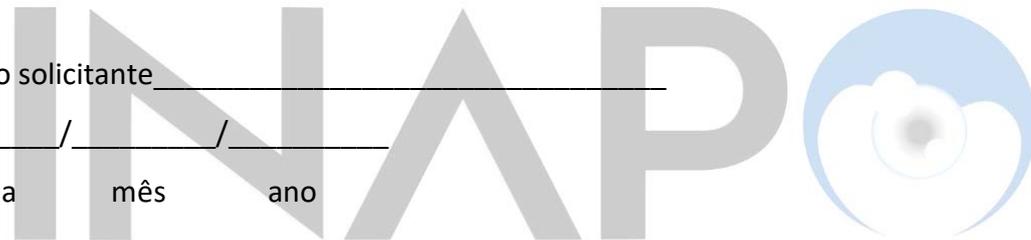
Toda informação que sustenta essa solicitação, é verdadeira, precisa e completa.

Para cumprir com os códigos de ética e acatar os estatutos da INAPO, entendo que minha solicitação:

- 1) É sujeita a verificação por parte da junta diretiva da INAPO e retiro toda responsabilidade, dano ou reclamação relacionada a esse processo de verificação que surja da mesma.
- 2) Minha solicitação para tornar-me membro deve ser aprovada pela junta de diretores.
- 3) A INAPO pode retirar minha condição de membro, se entender ser conveniente, de acordo com os estatutos vigentes.

Assinatura do solicitante _____

Data: ____/____/____
 dia mês ano



PARA O USO EXCLUSIVO DA INAPO

Data de recepção:	Dia:		Mês:		Ano:	
Informações de verificação:	Total:		Parcial:		Nulo:	
Comentários:						
DECISÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO INAPO						
Aprovado:	Adiado:			Negado:		
Minutos Não.	Dia:		Mês:		Ano:	
Afiliado Não.						
Presidente			Secretário			

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: +1 787-604-5130.

Email: presidenciainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>



INTERNATIONAL ACADEMY OF PROFESSIONAL OCULARISTS

INSCRIÇÃO

International Academy of professional Ocularists

Lista de verificação do aplicativo

Caro candidato,

Essa é uma solicitação de credenciais, para completar o seu pedido.

- Resumo de seu curriculum (cv) incluindo seus interesses pessoais, passatempo e atividades não relacionadas com sua profissão.
- Cópia autenticada do diploma original (frente e verso)
- Cópia dos certificados
- Cópias de outros certificados de estudos ou especialidades
- Resumo da história clínica de pelo menos 5 pacientes com registros fotográficos, revelados em papel, da sequência dos processos de adaptação das próteses junto aos pacientes.
- Certificado de antecedentes criminais
- A solicitação para tornar-se membro tem um custo de US 50 dólares(americanos), que não serão reembolsáveis.
- O pagamento poderá ser realizado por meio de Pay Pal.
- Enviar sua solicitação via e-mail para: secretariainapo@inapo.org ou hilianaherrera@inapo.org
- Via fax: +1787 957 8680 Puerto Rico

Os documentos e informações enviados por você em sua solicitação, permanecerão no banco de dados da INAPO, independente de aprovação ou não aprovação do seu pedido para tornar-se um membro.

Não enviar informação bancária ou de cartão de crédito por e-mail. -Não enviar qualquer um dos elementos requeridos, pode atrasar a avaliação do seu pedido.

Matriz: Avenida Gautier Benítez Consolidate Mall C22 – Caguas, Puerto Rico código postal 00725.

TELÉFONO: +1 787-744-2821 / Fax: +1 787-604-5130.

Email: presidenciainapo@inapo.org

Web: <https://inapo.org>