



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN-AFILIACIÓN

ENVIAR A: **MEMBRESIAS@IMAI.ORG.MX**

FECHA:

INFORMACIÓN  
GENERAL \*

NOMBRE COMPLETO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO / CASA Y/O MÓVIL:

E-MAIL:

ESTUDIOS  
PROFESIONALES \*

PROFESIÓN:

INSTITUCIÓN DE ESTUDIOS:

TITULADO ( )

Nº CÉDULA PROFESIONAL:

POSTGRADOS: DIPLOMADO, ESPECIALIDAD, MAESTRÍA, DOCTORADO, CERTIFICACIONES:

EXPERIENCIA EN AUDITORÍA:

TRABAJO  
ACTUAL \*

RAZÓN SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN:

SECTOR:

GIRO:

DIRECCIÓN:

PUESTO:

TELÉFONO:

E-MAIL:

LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD IMPLICA EL ACATAMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE LAS NORMAS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA.

**FIRMA**