
LUGAR Y FECHA

**CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION
EN PEDIATRIA, A.C.
P R E S E N T E**

Por medio de la presente solicito del CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN PEDIATRIA, A.C. que me conceda presentar el examen de certificación y que en caso de resultar aprobado, se me conceda el Certificado de Especialista en Pediatría. Así mismo, - declaro que en caso de no aprobar dicho examen, aceptaré la negativa de Certificación, de-claro también que libero al Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. e indivi- dualmente a los miembros del mismo, de toda demanda por cualesquier acción que ellos -- ejerzan en conexión con la presente solicitud, con los exámenes de certificación ó con la negativa del Consejo para extender el Certificado, en los términos de lo que al respecto prescriban los Estatutos del propio Consejo.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

Adjunto a la presente:

- 1.- Curriculum oficial, debidamente requisitado
- 2.- Fotocopia de Título de Médico Cirujano
- 3.- “ de Cédula Profesional
- 4.- “ de Diploma de Pediatría ó Constancia de R-III (en original)
- 5.- Original Carta constancia de ser miembro activo actualizada del Colegio
ó Sociedad de Pediatría a la que pertenece

TODOS ESTOS DOCUMENTOS DEBERAN SER EN TAMAÑO CARTA

- 6.- 2 Fotografías tamaño diploma en blanco y negro
- 7.- Pago por tres mil pesos a la cuenta de Bancomer 110582175 a nombre del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C.
- 8.- Folder color crema tamaño carta.



FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ EDAD _____
DIA MES AÑO

CURP. _____

NACIONALIDAD _____

No. de FM9 en caso de ser extranjero

DOMICILIO PERMANENTE _____
CALLE No. COLONIA

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO

E-MAIL _____

TITULO DE MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR: _____

FECHA DE EXPEDICION DEL TÍTULO _____ / _____ / _____ _____
DIA MES AÑO CIUDAD

ESTUDIOS DE POSGRADO EN PEDIATRIA EFECTUADOS EN: _____
HOSPITAL

DEPENDENCIA CIUDAD

FECHA DE REALIZACION: INICIO: _____ / _____ / _____ TERMINACION _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

CURSO AVALADO POR: _____

EJERCICIO PROFESIONAL EN PEDIATRIA ACTUAL (lugar y fecha)

