CMCP

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 DE INGRESO)

_____

_____

_____