



CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.

Consejo Nacional de Certificación en Medicina General, A.C.

I.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
---------------------	---------------------

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE	NUM. EXT.	NUM. INT.	COLONIA
-------	-----------	-----------	---------

CIUDAD	ESTADO	C.P.	TELEFONO(S)
--------	--------	------	-------------

DOMICILIO DONDE PUEDE RECIBIR CORRESPONDENCIA

CALLE	NUM. EXT.	NUM. INT.	COLONIA
-------	-----------	-----------	---------

CIUDAD	ESTADO	C.P.	E-MAIL:
--------	--------	------	---------

II.- ESTUDIOS PROFESIONALES

LICENCIATURA

ESCUELA O FACULTAD DONDE ESTUDIO LA LICENCIATURA Y UNIVERSIDAD A LA QUE PERTENECE

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
-----------------	----------------------

SITIO DONDE REALIZO EL INTERNADO (LOCALIDAD Y NOMBRE DEL HOSPITAL E INSTITUCION A LA QUE PERTENECE)

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
-----------------	----------------------

SITIO EN DONDE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL (COLOQUE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD E INSTITUCION)

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
-----------------	----------------------

FECHA EN QUE PRESENTO SU EXAMEN PROFESIONAL	TIPO DE EXAMEN (ORAL Y/O ESCRITO)
---	-----------------------------------

TESIS RECEPCIONAL (ANOTE EL NOMBRE SI REALIZO TESIS)
--

NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	FECHA DE EXPEDICION	LIBRO Y FOJAS NUM.	REGISTRO EN LA S.S.A.
------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------

ANEXAR:

1. Dos fotografías tamaño diploma, blanco y negro. RECIENTES
2. Una fotografía tamaño infantil
3. Fotocopia de Título y
4. Fotocopia de Cédula Profesional



**Consejo Nacional de Certificación
en Medicina General, A.C.**

CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL

_____ a ____ de _____ de ____.

**H. COMITE DE CERTIFICACION
DEL CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.
PRESENTE.**

El (La) que suscribe:

requiero muy atentamente se acepte mi solicitud para someterme al proceso de Certificación en Medicina General que realiza el Consejo, conforme a la Convocatoria expedida para tal efecto.

Expreso que esta solicitud es voluntaria, por lo que anexo a mi solicitud la documentación comprobatoria acerca de los estudios realizados y de mi actividad profesional, los cuales son copias fotostáticas de los originales que obran en mi poder, y acepto sean investigados y calificados por los Comités Correspondientes.

Asimismo, de resultar Certificado me comprometo a respetar los lineamientos del Consejo y a cumplir con el requisito de Renovación de la Vigencia del Certificado cada 5 años, como la mejor manera de garantizar a la sociedad mi competencia académica y profesional.

Acepto cubrir la cuota que solicita el Consejo y que no se me reintegrará la misma en caso de no resultar certificado.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA