



## FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      EDAD \_\_\_\_\_  
DIA                      MES                      AÑO

R.F.C. \_\_\_\_\_      CURP \_\_\_\_\_

DOMICILIO PERMANENTE \_\_\_\_\_  
CALLE                      No.                      COLONIA

DELG. O MPIO.                      CIUDAD                      ESTADO                      CODIGO POSTAL

TELEFONO \_\_\_\_\_      CEL \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

TITULO DE MEDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICION DEL TÍTULO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
DIA                      MES                      AÑO                      CIUDAD

CEDULA PROFESIONAL No. \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE POSGRADO EN PEDIATRIA EFECTUADOS EN: \_\_\_\_\_  
HOSPITAL

DEPENDENCIA                      CIUDAD

FECHA DE REALIZACION: INICIO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      TERMINACION \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DIA                      MES                      AÑO                      DIA                      MES                      AÑO

CURSO AVALADO POR: \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO DEL CMCP: \_\_\_\_\_

EJERCICIO PROFESIONAL EN PEDIATRIA ACTUAL (LUGAR Y FECHA DE INGRESO)

\_\_\_\_\_

LIMPIAR  
FORMATO

IMPRIMIR