
LUGAR Y FECHA

FOTO
7 X 5 cm

NO PEGAR
FOTO

DR. JULIO CESAR CARLON ACOSTA
PRESIDENTE DEL 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, declaro también que libero al Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. e individualmente a los miembros de este, de toda demanda por cualquiera 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)
- TODOS ESTOS DOCUMENTOS DEBERAN SER EN TAMAÑO CARTA**
- 5.- 2 Fotografías tamaño diploma en blanco y negro ovaladas (7x5) fondo blanco, con retoque (no digitalizadas) vestir con ropa oscura para que el rostro no se pierda con el fondo
 - 6.- Recibo de pago en original por cinco mil pesos al Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C., cta. Bancomer 0110382175 o transferencia cta. Clabe 012180001103821750
 - 7.- Folder color crema tamaño carta.