CONSEJO MEXICANO
DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA A.C.

FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE

NOMBRE* _____ _____ _____
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ **EDAD** _____
DÍA MES AÑO

R.F.C. _____ **CURP** _____

DOMICILIO PERMANENTE _____ _____ _____
CALLE | NO. EXT. | NO. INT.

_____ _____
COLONIA | ALCALDÍA / MUNICIPIO

_____ _____
ESTADO | CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO _____ **TELÉFONO CELULAR** _____

E-MAIL _____

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR _____

FECHA DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO _____ / _____ / _____ _____
DÍA MES AÑO | CIUDAD

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL MÉDICO GENERAL _____

ESTUDIOS DE POSGRADO EN PEDIATRÍA EFECTUADOS EN _____
HOSPITAL

_____ _____
DEPENDENCIA | CIUDAD

FECHA DE REALIZACIÓN: INICIO _____ / _____ / _____ **TERMINACIÓN:** _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO

CURSO AVALADO POR: _____

No. CÉDULA ESPECIALIDAD PEDIATRÍA _____

NÚMERO DE CERTIFICADO DEL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA _____

FECHA DE VENCIMIENTO DEL CERTIFICADO DEL CMCP _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

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

_____

_____

** Por favor, verifique cuidadosamente la precisión, ortografía y puntuación de sus datos, ya que cualquier error o discrepancia se reflejará tal cual en la emisión de su certificado.*