



# 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
5. Fotocopia de CURP.
6. Constancia laboral



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

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

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN 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 a misma en caso de no resultar certificado.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA**