



Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC.

Organización con reconocimiento de idoneidad por el Comité Normativo Nacional
de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. 2007-2012.
Fundación en 1987.

SOLICITUD DE:

Marque con una "X" la opción requerida

Examen de Certificación ()

Recertificación por Examen ()

Recertificación por Currículum ()

Solicito se me conceda el derecho a presentar, según la opción marcada, y se me expida en caso de ser aprobado el Certificado ó Recertificado de especialista en Medicina Familiar.

Acepto desde este momento que la resolución que emita el Consejo será inapelable. En consecuencia de no aprobar el examen, no me reservo acción o derecho alguno de ejercitar en contra del Consejo.

ATENTAMENTE

NOMBRE

FIRMA

--	--	--

Fecha