



## 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. 2013-2018.  
Fundación en 1987.

### **S O L I C I T U D D E:**

### **VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN POR CURRÍCULUM**

Solicito se me conceda el derecho de obtener la Vigencia de Certificación a través de la calificación curricular, de acuerdo al puntaje asignado, y se me expida en caso de ser aprobado la Certificación Vigente de Especialista en Medicina Familiar.

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

**ATENTAMENTE**

---

NOMBRE

---

FIRMA

--	--	--

Fecha