



## 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:** **EXAMEN DE CERTIFICACIÓN**

Solicito se me conceda el derecho a presentar el examen de Certificación, y se me expida en caso de ser aprobado el Certificado 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