



**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 por CONACEM en caso de ser aprobado el certificado correspondiente a la especialidad de Medicina del Niño y del Adulto.

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

Anáhuac 60, Col. Roma Sur, México, D.F. 06760  
Teléfonos: 55 74 53 87 ó 55 84 91 33  
[www.consejomedfam.org.mx](http://www.consejomedfam.org.mx) E-mail: [conmedfam@prodigy.net.mx](mailto:conmedfam@prodigy.net.mx)