

# FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE - CERTIFICACIÓN



NOMBRE\*

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA                    MES                    AÑO      EDAD \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

DOMICILIO PERMANENTE \_\_\_\_\_  
CALLE                    NO. EXT.                    NO. INT.

COLONIA                    ALCALDÍA / MUNICIPIO

ESTADO                    CÓDIGO POSTAL

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA                    MES                    AÑO      CIUDAD

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL MÉDICO GENERAL \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE POSGRADO EN PEDIATRÍA EFECTUADOS EN \_\_\_\_\_  
HOSPITAL

DEPENDENCIA (IMSS, ISSSTE, NAVAL, PRIVADO, ETC.) \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE REALIZACIÓN: INICIO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA                    MES                    AÑO      TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA                    MES                    AÑO

CURSO AVALADO POR (UNIVERSIDAD):  
\_\_\_\_\_

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL CMCP:

FECHA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CERTIFICADO: \_\_\_\_\_

VIGENTE DEL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_