

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** ____ / ____ / ____

* Por favor, verifique cuidadosamente la precisión, ortografía y puntuación de sus datos, ya que cualquier error o discrepancia se reflejará tal cual en la emisión de su certificado.