

FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE - RECERTIFICACIÓN EXAMEN



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): _____

No. CÉDULA ESPECIALIDAD PEDIATRÍA _____

**NÚMERO DE CERTIFICADO DEL
CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA** _____

FECHA DE VENCIMIENTO DEL CERTIFICADO DEL CMCP _____ / _____ / _____

.....
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.