

# 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_