

CARTA SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN



CONSEJO MEXICANO
DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA A.C.

Lugar y fecha

DR. JOSÉ LUIS PINACHO VELÁZQUEZ
PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE
CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA, A.C.

PRESENTE

FOTO
7 x 5 cm.

NO
PEGAR FOTO

Por medio de la presente solicito del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C. que me conceda presentar el examen de certificación y que en caso de resultar aprobado, se me conceda el Certificado de Especialista en Pediatría.

Asimismo, declaro que, en caso de no aprobar dicho examen, aceptaré la negativa de Certificación y declaro también que libero al Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. e individualmente a los miembros de éste, de toda demanda por cualquier acción que ellos ejerzan en conexión con la presente solicitud, con los exámenes de certificación o con la negativa del Consejo para extender el Certificado, en los términos de lo que al respecto prescriban los Estatutos del propio Consejo.

ATENTAMENTE

Nombre completo

Firma

Adjunto a la presente:

1. Currículum oficial, debidamente requisitado.
2. Fotocopia de Título de Médico Cirujano.
3. Fotocopia de Cédula Profesional.
4. Fotocopia de Título de Pediatría o Constancia en original de aprobación de examen de grado.
(En caso de ser extranjero anexar revalidación de estudios especialidad pediatría).
Si tiene más de 1 año de egreso de la residencia, es obligatorio el título de pediatría.
- * **Los documentos anteriores deberán ser entregados en tamaño Carta.**
5. Dos fotografías con las siguientes características:
 - a. Tamaño diploma en blanco y negro
 - b. Ovaladas (de 7x5 cm.)
 - c. Fondo blanco
 - d. Sin retoque (no digitalizadas)
 - e. Vestir con ropa oscura para que no se pierda el rostro con el fondo
 - f. En papel fotográfico (no opalina).
6. Ficha de pago en original por **\$5,000** (*Cinco mil pesos 00/100 M.N.*) al

Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C.,

Cuenta BBVA: 0110 3821 75

**Si desea realizar transferencia, es importante colocar en el Concepto de la transacción,
el nombre completo del interesado.**

Cuenta CLABE 0121 8000 1103 8217 50 (*transferencia electrónica*)

7. Folder color crema tamaño carta.