
LUGAR Y FECHA

**CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION
EN PEDIATRIA, A.C.
P R E S E N T E**

Por medio de la presente solicito del CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN PEDIATRIA, 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. Así mismo, - declaro que en caso de no aprobar dicho examen, aceptaré la negativa de Certificación, declaro también que libero al Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. e individualmente a los miembros del mismo, de toda demanda por cualesquier acción que ellos -- ejerzan en conexión con la presente solicitud, con los exámenes de certificación ó con la negativa del Consejo para extender el Certificado, en los términos de lo que al respecto prescriban los Estatutos del propio Consejo.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

Adjunto a la presente:

- 1.Llenar formato oficial de curriculum vitae
- 2.Fotocopia de Título de Médico Cirujano
- 3.Fotocopia de la Cédula Profesional
- 4.Fotocopia de Diploma de Pediatría ó Constancia en original de estar cursando el último año de la residencia de Pediatría
- 5.Dos fotografías tamaño diploma en blanco y negro
- 6.Original del depósito bancario a nombre del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría en BBV A BANCOMER CTA. 0110382175 por \$3,000.00
- 7.Los extranjeros que soliciten la Certificación, deberán cumplir con los mismos requisitos

