FORMATO OFICIAL DE CURRICULUM VITAE - CERTIFICACIÓN

CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA A.C.

NOMBRE: _____ _____ _____
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ EDAD: _____
DÍA MES AÑO

RFC: _____ CURP: _____

NACIONALIDAD: _____ SEXO: M ☐ F ☐

PAÍS DE ORIGEN: _____ PAÍS DONDE RADICA: _____

DOMICILIO PERMANENTE: _____ _____ _____
CALLE | NO. EXT. | NO. INT.

_____ _____
COLONIA | ALCALDÍA / MUNICIPIO

_____ _____
ESTADO | CÓDIGO POSTAL

E-MAIL: _____ E-MAIL ALTERNO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR _____

FECHA DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO _____ / _____ / _____ _____
DÍA MES AÑO | CIUDAD

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL DE MÉDICO GENERAL: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO EN PEDIATRÍA EFECTUADOS EN (HOSPITAL): _____

_____ _____
DEPENDENCIA (IMSS, ISSSTE, NAVAL, PRIVADO, ETC.) | CIUDAD

FECHA DE REALIZACIÓN _____ / _____ / _____ FECHA DE TERMINACIÓN _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO

CURSO AVALADO POR (UNIVERSIDAD): _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ NOMBRE: _____

NÚMERO DE REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (SOLO EXTRANJEROS): _____

FECHA DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO DE PEDIATRÍA: _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

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.