

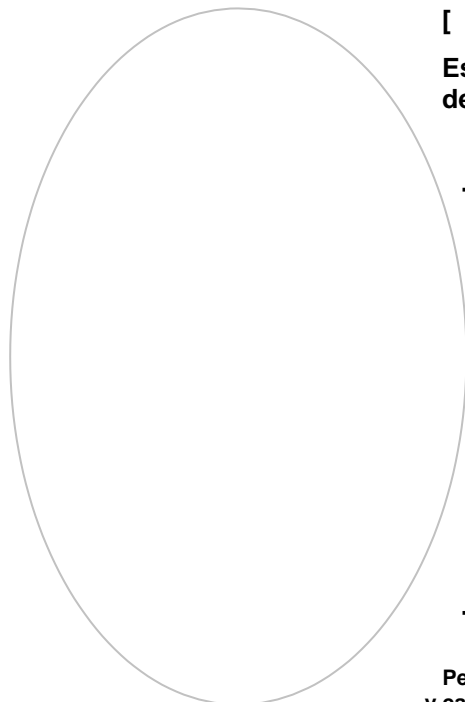


CONSEJO MEXICANO DE MÉDICOS ANATOMOPATÓLOGOS. A.C.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL EXAMEN DE PATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CERTIFICACIÓN RECERTIFICACIÓN 20____

Esta solicitud deberá llenarse en computadora o a máquina. La omisión de alguno de los datos o documentos IMPEDIRÁ su aceptación.



Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)
(completo y con acentos, como debe estar en el diploma) Num. COMMAP _____

Fecha y lugar de nacimiento

Dirección particular (calle, No. exterior, No. interior colonia)

ciudad y estado Código Postal

LADA Teléfono particular LADA Teléfono hospital ó Institución

Correo electrónico LADA Teléfono celular

**Pegue con goma una foto
y cáncélela con su firma.**

ANTECEDENTES ESCOLARES

Facultad o Escuela donde realizó o terminó sus estudios de Medicina Ciudad, estado Fecha (año a año)

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Hospital Institución Ciudad Estado

Dirección Colonia Ciudad Estado Código Postal

Titular del curso Reconocimiento por (Universidad, Facultad ó Escuela)

Si la especialidad la cursó en más de una institución hospitalaria especifique cuál(es)

PRÁCTICA INSTITUCIONAL Y/O PRIVADA (nombre y teléfono de la institución / laboratorio privado)

Sede de aplicación de examen

Acepto cumplir con los estatutos del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, A.C:

Fecha

Firma

Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, A.C.

ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS Y PRESENTARLOS / ENVIARLOS A LA DIRECCIÓN DEL COMMAP AL FINAL DE LA HOJA:

	Certificación	Recertificación
Solicitud de inscripción al examen. (a su disposición en la página web del COMMAP www.consejomexicanodemedicosanatomopatologos.org)	XX	XX
Tres fotografías ovaladas , de 6 x 9 cm, de frente, en blanco y negro, sin retoque, caballeros corbata, nombre en la parte posterior (una de ellas pegada en la solicitud).	XX	XX
Fotocopia del Certificado en Anatomía Patológica COMMAP vigente.		
Fotocopia de la cédula profesional de especialista (ANATOMÍA PATOLÓGICA).	XX	
Diploma expedido por la institución hospitalaria en PATOLOGÍA PEDIÁTRICA.	XX	
Original de la ficha de depósito por \$2,500.00 pesos (DOS MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M. N.) a la cuenta de Scotia Bank Inverlat número 102275554 sucursal Centro Medico a nombre de Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos A.C.	XX	XX
Fotocopia del Título Universitario en PATOLOGÍA PEDIÁTRICA.	XX	

Para el acuse electrónico de recepción y posterior aceptación de documentos, es conveniente que envíe un correo electrónico al COMMAP (commapconsejo@commap.org) con su nombre completo y la fecha en que presentó / envió sus papeles.

**Consejo Mexicano de Médicos
Anatomopatólogos, A.C.**

Tapachula No. 72
Col. Roma
CDMX CP 06700
Tel/Fax (01-55) 5264-0669
(09:00 - 14:00)

Página web: www.consejomexicanodemedicosanatomopatologos.org
Correo electrónico: commap_2012@hotmail.com