

**REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL
CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA.**

COMPLETO

Llenar formato de: **Solicitud de Certificación (Adjunta)**

Firmar carta de: **Declaración de Principios (Adjunta)**

Presentar:

Copia de Título

Copia de su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios (**NO ENGARGOLAR**)

Copia de Cédula de Profesiones

Copia de Constancia de Internado Rotatorio

Copia de Constancia de Residencia en Cirugía General

Copia de Constancia de Neurocirujano

Relación de actividades que realizó durante la residencia

Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados

2 Fotografías de frente de 5 X 5 Cm., (**CABALLEROS CON TRAJE Y CORBATA**)

**2 Fotografías de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas
(CABALLEROS CON TRAJE Y CORBATA)**

La documentación correspondiente deberá estar en las oficinas del Consejo 60 (sesenta días) antes de la fecha de examen.

MATERIAS A PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA (ESCRITO)

NEUROPATOLOGÍA (ESCRITO Y VISUAL)

MATERIAS A PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

NEUROCIRUGÍA ORAL

NEUROLOGÍA ORAL

NEUROIMAGEN ORAL

(Las 3 materias ORAL, con tiempo de duración de 30 minutos cada una)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:

5543-0013 y 5536-9363 ó al E-mail smcirneu@prodigy.net.mx

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO _____ SEXO _____ EDAD _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____ DOMICILIO _____
(Calle y Número)

COLONIA _____ CIUDAD Y ESTADO _____ C.P. _____ TELEFONO _____

TELÉFONO CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen le será enviada a la dirección que nos proporcione.

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO _____

COLONIA _____ CIUDAD Y ESTADO _____ C.P. _____

TELÉFONO _____ PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA _____

FECHA DE GRADUACION _____ TITULO DE _____

CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES _____

ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO _____

**FORMA COMO DESEA QUE APAREZCA SU NOMBRE EN EL CERTIFICADO EN CASO DE CONCEDERSE ESTE:
(FAVOR DE UTILIZAR MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)**

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

Firma del solicitante

Fecha _____

_____ a _____ de _____ de 2011

Señor Doctor
Gerardo Guinto Balanzar
Presidente del
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
P r e s e n t e

Estimado Doctor Guinto:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., se me conceda el presentar el examen de Certificación de ese Consejo, en vista de que creo cumplir con los requisitos para sustentarlo.

En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa del certificado por fracaso en el examen y me comprometo a devolver dicho certificado en caso de que las reglas que cubren dichos certificados sean violadas por mi o por cualquier razón de las señaladas en los estatutos. Estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

Nombre y Firma