



CONSEJO 'MEXICANO' DE 'CIRUGÍA' NEUROLÓGICA, A.C.

CAPÍTULO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

_____ a _____ de 20_____

Nombre (s): _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Entidad: _____ Municipio: _____

Edad: _____ Genero: _____ Estado Civil: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Oficina: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

R.F.C.: _____

CURP: _____

Cedula De Médico Cirujano: _____ Cedula E Especialista De Neurocirujano: _____

Cedula De Especialista En Neurocirugía Pediátrica (En Caso De Contar Con Ella) _____

Estudios Profesionales De La Especialidad De Neurocirugía Pediátrica

Facultad o Escuela de Medicina : _____ Fecha De Graduación : _____

Título de : _____ 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 CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.,
Capítulo de Neurocirugía Pediátrica, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

Nombre y Firma del solicitante

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

FECHA: _____

Señores Doctores

José Manuel Muñoz Tagle
Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. (CMCN)

Fernando Rueda Franco
Coordinador del Capítulo de Neurocirugía Pediátrica del (CMCN)
Presente

Estimados Doctores:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., Capítulo de Neurocirugía Pediátrica se me conceda la Certificación en Neurocirugía Pediátrica de ese Consejo, en vista de que creo cumplir con los requisitos señalados en el inciso _____ de la convocatoria respectiva. En caso de otorgárseme la certificación correspondiente estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa de la certificación por no reunir los requisitos y me comprometo a devolver dicha certificación 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., (Capítulo Neurocirugía Pediátrica) 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.

Nombre y Firma