



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

EXAMEN POR RECERTIFICACIÓN

Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta)

Firmar carta de la Declaración de Principios (Adjunta)

Documentos:

- Curriculum-Vitae resumido, (con documentos comprobatorios de los últimos 5 años).
- Copia de Título de Médico Cirujano y de Neurocirugía, (actualización de archivo).
- Dos cartas de recomendación de Neurocirujanos Certificados Vigentes.
- Curp - RFC.
- Cédula de Profesional de Médico Cirujano y de la Especialidad.
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones:
 - a) Blanco y negro, mate y sin retoque.
 - b) Tamaño de 9 x 6 cm.
 - c) Ovaladas.
 - d) Damas vestimenta formal.
 - e) Caballeros con traje y corbata.
- Comprobante de pago.

NOTA:

Favor de mandar la documentación en físico, sin tachaduras, sin engrapar, en el orden como se indica lo anterior, las fotos deben de venir en un sobre blanco con nombre completo, adjuntarse junto con la documentación, ya que no se admitirá su registro hasta que esté completa la documentación.

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.

MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "POR RECERTIFICACIÓN"

- **NEUROCIRUGÍA** _____ ORAL - ESCRITO
- **NEUROLOGÍA** _____ ESCRITO
- **NEUROIMAGEN** _____ ESCRITO

(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60 minutos)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: 5515190534 * 5515190554 * 5522588626, ó al correo: consejomxcirugianeurologica@gmail.com



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Ciudad de México a _____ de _____ 2023.

NOMBRE (S) _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

R.F.C. _____ CURP _____

CEDULA DE MEDICO CIRUJANO _____ CEDULA DE MEDICO ESPECIALISTA _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____

GÉNERO _____ ENTIDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO CIVIL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____

DIRECCIÓN:

CALLE _____

Nº EXT _____ Nº INT _____ COLONIA _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

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

DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL O CONSULTORIO):

HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO _____

HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO _____

CALLE _____

Nº EXT _____ Nº INT _____ COLONIA _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA _____

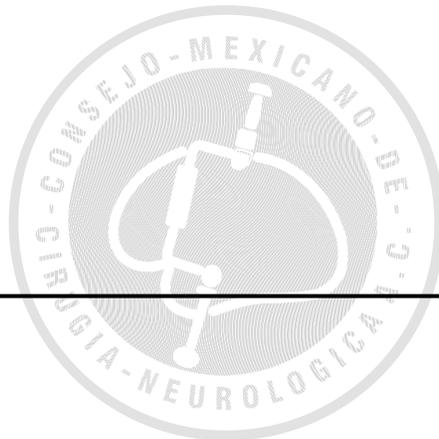
FECHA DE GRADUACIÓN: _____ TÍTULO DE _____

CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES _____

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD _____

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA _____

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON AGENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS,
YA QUE EN CASO DE CONCEDERSE EL CERTIFICADO APARECERÁ COMO LO
INDIQUE**



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

FIRMA DEL SOLICITANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI NO.47 1er. PISO, colonia NÁPOLES, ciudad MÉXICO, municipio o delegación BENITO JUÁREZ, c.p. 03810, en la entidad de CIUDAD DE MÉXICO, país MÉXICO, utilizarán sus datos personales recabados para: CERTIFICACION y RECERTIFICACION.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: www.cmcn.org.mx

Ciudad de México a _____ de _____ 2023.

Señor Doctor

José Antonio Soriano Sánchez

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.

PRESENTE

Estimado Doctor Soriano:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar la "**EXÁMEN POR RECERTIFICACIÓN**" del examen de Certificación de este Consejo, en vista de que cumplo 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 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, y el grado o grados obtenidos en el mismo.

Nombre completo y firma de conformidad



CUENTA BANCARIA

Nombre - Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

En caso de requerir factura, favor de anexar su Constancia Fiscal junto con su comprobante de pago.

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: **5515190534 * 5515190554 * 5522588626 de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs** o al correo: consejomxcirurgianeurologica@gmail.com