 **S O L I C I T U D DE C E R T I F I C A C I Ó N**

2025

**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, A.C.**

FOTO

**ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

**1.- TITULO PROFESIONAL**

**2.- CEDULA PROFESIONAL**

**3.- CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD (O CARTA DE ENSEÑANZA)**

**4.- 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO CREDENCIAL RECTANGULARES A COLOR**

**5.- 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO DIPLOMA OVALADAS (5X7), BLANCO Y NEGRO DE**

 **FRENTE SIN RETOQUE, FONDO BLANCO, VESTIMENTA FORMAL (NO**

 **DIGITALES NI PIXELIADAS) SACO OSCURO**

 **COLOR**

**5.- 3 FOT**

**5.- 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO**

**SI SU NOMBRE ES MUY LARGO, POR FAVOR ESCRIBALO COMO DESEA QUE SEA ABREVIADO. UTILICE EL MENOR NUMERO DE LETRAS**

|  |
| --- |
|  |
| **NOMBRE (S)** | **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **No. CEDULA PROFESIONAL:** | **UNIVERSIDAD DONDE HIZO LA ESPECIALIDAD:** |
| **R.F.C:** | **DONDE HIZO SU RESIDENCIA:** |
| **CURP:** | **CREDENCIAL DEL INE:** |
| **FAVOR DE LLENAR EN LA COMPUTADORA** |
| **NOMBRE (S):** | **APELLIDO PATERNO:** | **APELLIDO MATERNO:** |

**1.- DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EDAD:** | **SEXO:** | **ESTADO CIVIL:** |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** |
| **LUGAR DE NACIMIENTO:** |
| **LUGAR DONDE RADICARÁ:** |
| **TEL.: CELULAR: E- MAIL:** |

**2.- DOMICILIO PARTICULAR**

|  |
| --- |
| **CALLE Y NUMERO:** |
| **COLONIA:** |
| **ALCALDIA O MUNICIPIO:**  | **CODIGO POSTAL:** |
| **CIUDAD:** | **ESTADO:** |
| **TELEFONO FIJO:** |

**3.- DOMICILIO PROFESIONAL (CONSULTORIO PARTICULAR)**

|  |
| --- |
| **CALLE Y NUMERO:** |
| **COLONIA:** | **CODIGO POSTAL:** |
| **ALCALDIA O MUNICIPIO** |
| **CIUDAD:** | **ESTADO:** |
| **TELEFONO FIJO :** |

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **UNIDAD, CLINICA U HOSPITAL:** |
| **SERVICIO:** |
| **CARGO QUE DESEMPEÑA:** |
| **CALLE Y NUMERO:** |
| **COLONIA:** | **CODIGO POSTAL:** |
| **ALCALDIA O MUNICIPIO:** | **ESTADO:** |
| **CIUDAD:** |
| **TELEFONO:** |

**4.- DATOS DE SU PREPARACIÓN ACADEMICA PROFESIONAL UNIVERSITARIAS**

|  |
| --- |
| **INSTITUCION:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CIUDAD:** |
| **FECHA DE INGRESO:** | **FECHA DE EGRESO:** | **EXAMEN RECEPCIONAL:** |
| **GRADO OBTENIDO:** |
| **TÍTULO DE TESIS:** |
| **CÉDULA PROFESIONAL:** |

|  |
| --- |
| **INSTITUCION:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CIUDAD:** |
| **FECHA DE INGRESO:** | **FECHA DE EGRESO:** | **EXAMEN RECEPCIONAL:** |
| **GRADO OBTENIDO:** |
| **TITULO DE TESIS:** |
| **CEDULA PROFESIONAL:** |

**5.- ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA MAXILOFACIAL**

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **UNIDAD, HOSPITAL, FACULTAD:** |
| **CIUDAD:** | **ESTADO:** |
| **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE TERMINO:** |
| **PROFESOR JEFE DEL CURSO:** |

**OTROS ESTUDIOS DE POSTGRADO**

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CIUDAD:** |
| **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE EGRESO:** | **EXAMEN RECEPCIONAL:** |
| **GRADO OBTENIDO:** |
| **TITULO DE TESIS:** |
|  |

**6.- ACTIVIDADES DOCENTES: *PREGRADO***

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CATEGORIA O CARGO:** |
| **FECHA DE INGRESO:** | **FECHA DE EGRESO:** |
| **MATERIAS QUE IMPARTE:** |

 ***POSTGRADO***

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CATEGORIA O CARGO:** |
| **FECHA DE INGRESO:** | **FECHA DE EGRESO:** |
| **MATERIAS QUE IMPARTE:** |

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **ESCUELA O FACULTAD:** |
| **CATEGORIA O CARGO:** |
| **FECHA DE INGRESO:** | **FECHA DE EGRESO:** |
| **MATERIAS QUE IMPARTE:** |

**7.- ACTIVIDADES PROFESIONALES DE CIRUGIA MAXILOFACIAL REALIZADAS EN INSTITUCIONES**

|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN:** |
| **UNIDAD U HOSPITAL:** |
| **CARGO:** | **FECHA DE:** | **A:** |

**DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, de manera libre, consciente y sin coacción alguna, que tanto la información escrita, como la documentación proporcionada son auténticas y que mi proceder es de buena fe; de no ser así, asumo plenamente todas las responsabilidades legales, que fijen las leyes y/o el Marco Normativo Vigente del CMCOM.

 **LUGAR Y FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**