



SOLICITUD DE EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

Fecha: _____ de _____ 2023.

Dr. Miguel López Lozano
Presidente del CCMF AC
Presente

Por medio del presente, solicito me autorice presentar el Examen de Certificación a realizarse el día 9 de diciembre y se me expida en caso de ser aprobado(a) la Certificación de Especialista en Medicina Familiar.

Aceptando desde este momento apegarme a las bases y requisitos establecidos en la convocatoria de dicho proceso, publicada por este consejo en su página de internet, y que la resolución que emita el Consejo será inapelable. En consecuencia, de NO aprobar el Examen, NO me reservo acción o derecho alguno de ejercer en contra del Consejo.

ATENTAMENTE

NOMBRE

FIRMA