



## SOLICITUD DE VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN POR EVALUACIÓN CURRICULAR

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Dr. Miguel López Lozano  
Presidente del CMCMF AC  
Presente

Por medio del presente, solicito me autorice presentar la vigencia de certificación por evaluación curricular 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 ser aprobado, NO me reservo acción o derecho alguno de ejercer en contra del Consejo.

ATENTAMENTE

-----  
NOMBRE

-----  
FIRMA