



CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR A.C.

SOLICITUD DE EXAMEN PARA CERTIFICACIÓN

Fecha: _____ de _____ de 2024.

Dr. Miguel López Lozano
Presidente del CMCMF
Presente

Por medio del presente, solicito me autorice presentar el examen de certificación y se me expida en caso de ser aprobado(a) el diploma de Certificación de Especialista en Medicina del Niño y del Adulto de los Servicios Rurales de Salud.

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