



Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal

Proceso de Certificación de Especialistas 2016

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Modalidad a la que solicita inscripción: Por currículum [] Examen []

Puntuación obtenida en la autoevaluación: _____

Nombre como aparece en el acta de nacimiento: _____

Universidad de egreso de licenciatura: _____

Año de egreso de licenciatura: _____

Título como aparece en el original (Cirujano Dentista, Licenciado en Odontología u otros): _____

Universidad de egreso de especialidad o maestría en Patología y/o Medicina Bucal: _____

Año de egreso de especialidad o maestría en Patología y/o Medicina Bucal: _____

Universidad de egreso de otros estudios (p.ej. doctorado) _____

Año de egreso de otros estudios (p.ej. doctorado): _____

Institución y domicilio de trabajo: _____

Cargo en la institución: _____

Domicilio para recibir correspondencia (en caso de ser diferente del anterior): _____

Teléfono(s) de trabajo (con clave lada): _____

Teléfono celular: _____

R.F.C. _____

Correo electrónico: _____

Datos para elaborar recibo fiscal: _____



Firma: _____ Lugar: _____ Fecha: _____

Solicito participar en el Proceso de Certificación 2016 del Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal. Así mismo, conozco y acepto los términos del Aviso de Privacidad del Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal.

Instrucciones:

1. Favor imprimir la solicitud, llenarla completamente y firmarla.
2. Anexar dos fotografías recientes. Tamaño diploma, ovalada, en blanco y negro.
3. En formato digital, en CD favor de enviar la siguiente documentación que deberá acompañar esta solicitud:
 - Copia digitalizada del original de título profesional por ambos lados.
 - Copia digitalizada del original de cédula profesional.
 - Copia digitalizada del original de Título o Diploma Universitario de Especialidad
 - Copia digitalizada del original de Cédula Profesional de Especialidad (en caso de contar con ella)
 - Copia de otros títulos y cédulas como maestría o doctorado
4. Formato de autoevaluación con todos los apartados que correspondan respondidos. Enviar en formato digital en el CD.
5. En el formato de autoevaluación se considera la actividad profesional de los últimos cinco años. Favor de no incluir y sumar documentación de años anteriores.
6. El formato de autoevaluación deberá ser llenado por los candidatos a certificación en las modalidades de examen y de certificación por currículum
7. Copia digital de los documentos comprobatorios que respalden la información del formato de autoevaluación, únicamente los correspondientes a los últimos cinco años.
8. Copia digital de comprobante de depósito por \$ 2,000.00 (dos mil pesos.00) realizado a la cuenta de Banco Banorte 0220537166 (CLABE interbancaria 072680002205371663) a nombre de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A.C.
9. Anotar en la ficha de depósito: Certificación COMPYMB y nombre completo de quien envía.

Enviar en un sobre POR MENSAJERÍA COMERCIAL dirigido al Dr. Gerardo Meza García:

1. Solicitud impresa y firmada.
2. Fotografías.
3. CD con la información que se solicita, digitalizada.

Dirección: Lázaro Cárdenas 211, Col. Estrella. Querétaro, código postal 76130, Querétaro. Tel: (442) 223 4050.

En caso de dudas o preguntas favor de comunicarse con el Dr. Marco Torres al cel. 4422 266613, o con el Dr. Gerardo Meza García al cel. 9511 452838.

Las solicitudes deberán llegar a más tardar el día 15 de agosto de 2016. La documentación que llegue posteriormente no será considerada en este año.