



Consejo Nacional de Certificación
en Medicina General, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN MEDICINA GENERAL

Ficha de Identificación

Ross	León	Roberto
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
2020-03-05	Mérida, Estado de México	9988776655
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Teléfono

Domicilio Particular

22	97	Dzituá
Calle	Número	Colonia
Mérida	Campeche	12345
Ciudad	Estado	CP

Domicilio de Correspondencia

22	97	Dzituá
Calle	Número	Colonia
Mérida	Campeche	12345
Ciudad	Estado	Código Postal
		dev@rross.me
		Email

Información Profesional

Universidad de Medicina			
Escuela o facultad donde estudió la licenciatura y universidad a la que pertenece			
2020-03-15		2020-03-02	
Fecha de inicio		Fecha de terminación	
En un hospital			
Sitio donde realizó el internado (localidad y nombre del hospital e institución a la que pertenece)			
2020-03-06		2020-03-07	
Fecha de inicio		Fecha de terminación	
En un pueblo			
Sitio en donde realizó el servicio social (coloque el nombre de la localidad e institución)			
2020-03-11		2020-03-26	
Fecha de inicio		Fecha de terminación	
2020-03-14		Oral	
Fecha en que presentó su examen profesional		Tipo de examen (oral y/o escrito)	
Mi tesis			
Tesis recepcional (anote el nombre si realizó tesis)			
123456	2020-03-07	Libro chido	asdgdffdsq
Número de cédula profesional	Fecha de expedición	Libro y fojas num.	Registro en la SSA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN MEDICINA GENERAL

17 de Marzo del 2020

H. COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE
CERTIFICACIÓN EN MEDICINA GENERAL, A.C.

Presente.

El (La) que suscribe, Roberto Ross León, indica:

Requiero muy atentamente se acepte mi solicitud para someterme al proceso de Certificación en Medicina General que realiza el Consejo, conforme a la Convocatoria expedida para tal efecto.

Expreso que esta solicitud es voluntaria, por lo que anexo a mi solicitud la documentación comprobatoria acerca de los estudios realizados y de mi actividad profesional, los cuales son copias fotostáticas de los originales que obran en mi poder, y acepto sean investigados y calificados por los Comités correspondientes.

Asimismo, de resultar certificado, me comprometo a respetar los lineamientos del Consejo y a cumplir con el requisito de Renovación de la Vigencia del Certificado cada 5 años, como la mejor manera de garantizar a la sociedad mi competencia académica y profesional.

Acepto cubrir la cuota que solicita el Consejo y que la misma no se me reintegrará en caso de no resultar certificado.

ATENTAMENTE

Roberto Ross León