



**CARTA COMPROMISO Y  
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

<b>Fecha:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Calle:</b>			
<b>Colonia:</b>		<b>C.P.</b>	
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	
<b>Teléfono(Casa)</b>			
<b>Teléfono(Consultorio)</b>			
<b>Celular:</b>			
<b>Email:</b>			
<b>Domicilio Fiscal</b>			
<b>RFC</b>			
<b>Universidad de estudios en Lic. De Medicina</b>			
<b>Institución Hospitalaria educativa en Medicina Interna</b>			
<b>Universidad que avala la Medicina Interna</b>			
<b>Institución Hospitalaria educativa en Geriatria</b>			
<b>Universidad que avala estudios en Geriatria</b>			

**Acepto** que de no cumplir con los requisitos que se me han señalado necesarios para ser considerado candidato a sustentar el examen para la Certificación, no se me devolverá la cantidad depositada para dicho trámite.

México D. F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO**



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN:

Marque con una X dentro del paréntesis la opción deseada:

- ( ) Examen de certificación.
- ( ) Recertificación por examen.
- ( ) Recertificación por curriculum.

Solicito se me conceda el derecho a presentar, según la opción marcada y, de tratarse de recertificación por curriculum alcance la puntuación ó en el caso contrario será notificado por el Consejo para efectuar la recertificación por examen. De ser aprobado, se me expida el certificado o recertificado correspondiente como médico especialista en geriatría.

Atentamente,

---

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO**

México D. F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.