



**CARTA COMPROMISO Y
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

Fecha:			
Nombre:			
Dirección:			
Calle:			
Colonia:		C.P.	
Ciudad:		Estado:	
Teléfono(Casa)			
Teléfono(Consultorio)			
Celular:			
Email:			
Domicilio Fiscal			
RFC			
Universidad de Medicina			
Institución educativa en Medicina Interna			
Institución educativa en Geriatria			

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 seré 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__.