



Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.

SOLICITUD DE VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN POR EVALUACIÓN CURRICULAR

Fecha: ____ de _____ 202__

Dra. Minerva Paulina Hernández Martínez
Presidenta

Solicito me conceda el derecho a obtener la Vigencia de Certificación por evaluación curricular y se me expida en caso de cumplir con los criterios, la Certificación de Idoneidad de Especialista en Medicina Familiar.

Acepto desde este momento que la resolución que emita el Consejo será inapelable. En consecuencia, de No cumplir con los criterios de la evaluación curricular, NO me reservo acción o derecho alguno de ejercitar en contra del Consejo.

ATENTAMENTE

NOMBRE

FIRMA

Anáhuac #60, Roma Sur,
Cuauhtémoc
CP 06760, CDMX

TELÉFONOS
55 5584 9133
55 5574 5387

"El Medico Familiar no debe tratar la enfermedad, sino al paciente que la sufre"