

SOLICITUD DE VALORACIÓN

1. DATOS PERSONALES:

Nombre: _____
 Paterno Materno Nombre(s)

R.F.C.: _____ CURP: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 (Con homoclave)

Domicilio: _____ Colonia: _____ C.P. _____

Delegación: _____ Localidad: _____ Estado: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ E- Mail: _____

2. DOMICILIO FISCAL:

Calle y No.: _____ Colonia: _____ C.P. _____

Delegación: _____ Localidad: _____ Estado: _____

3. DATOS PROFESIONALES:

PREGRADO
Facultad de Medicina o Institución de Educación Superior: _____

POSTGRADO
Sede Hospitalaria de Residencia para la especialidad: _____

Institución de Educación Superior que avaló el curso: _____

No. De Cédula de Médico Cirujano: _____

4. DOCUMENTOS EN COPIAS LEGIBLES, TAMAÑO CARTA :

- ❖ Acta de Nacimiento o carta de Naturalización
- ❖ Título de la Licenciatura en Medicina
- ❖ Cédula de Médico Cirujano
- ❖ Diploma institucional o constancia con fecha de terminación de especialidad emitida por el Servicio de Enseñanza indicando la Universidad que avala el Curso.
- ❖ Diploma Universitario de la Especialidad
- ❖ Copia del CURP
- ❖ Hoja de aviso de privacidad de datos FIRMADA
- ❖ Tres Fotografías tamaño diploma (5 x 7 cm, OVALADAS), blanco y negro, vestimenta formal, con nombre al reverso.
- ❖ Comprobante del pago de \$3,500.00 (Tres mil quinientos pesos); esta cantidad no es reembolsable, salvo que el CNCA, A. C. no realice el servicio en la fecha acordada, excepto que la imposibilidad de realizarlo se deba a casos fortuitos o de fuerza mayor no imputables al CNCA, A. C.

Por medio de la presente, solicito voluntariamente realizar el examen de Certificación como Especialista en Anestesiología, bajo protesta de decir verdad y que los datos contenidos en la presente solicitud son fidedignos.

FIRMA DEL INTERESADO

FECHA



CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA A.C.
www.consejoanestesia.org

Av. Eugenia 831 Oficina 302 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez
México, Distrito Federal C.P. 03100 Tel. 11076194-Lada sin costo 01800-8496101