



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLOGICA, A.C.  
CAPITULO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA  
SOLICITUD DE CERTIFICACION**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE (S): \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_  
APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ENTIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE OFICINA: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_  
R.F.C.: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_  
CEDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_  
CEDULAD E ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO: \_\_\_\_\_  
CEDULA DE ESPECIALISTA EN TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA (en caso de contar con ella)

**ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA ENDOVASCULAR  
NEUROLOGICA**

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA : \_\_\_\_\_  
FECHA DE GRADUACIÓN : \_\_\_\_\_  
TITULO DE : \_\_\_\_\_  
ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO: \_\_\_\_\_

**FORMA COMO DESEA QUE APAREZCA SU NOMBRE EN EL CERTIFICADO EN CASO DE  
CONCEDERSE ESTE:  
(FAVOR DE UTILIZAR MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)**

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C., Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del solicitante**

# DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

FECHA: \_\_\_\_\_

Señores Doctores

José Manuel Muñoz Tagle

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. (CMCN)

**P R E S E N T E**

Estimados Doctores:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica se me conceda el presentar el examen de Certificación en Terapia Endovascular Neurológica de ese Consejo, en vista de que creo cumplir con los requisitos para sustentarlo.

En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa del certificado por fracaso en el examen y me comprometo a devolver dicho certificado en caso de que las reglas que cubren dichos certificados sean violadas por mi o por cualquier razón de las señaladas en los estatutos. Estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

**Nombre y Firma**