



REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA.

EXAMEN RECERTIFICACION

Llenar formato de:
Firmar carta de:

Solicitud de Certificación (Adjunta)
Declaración de Principios (Adjunta)

Presentar:

- **Copia** de Título de Médico Cirujano
- **Copia** de Título de Neurocirugía
- **Copia** su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios de los últimos 5 años, relacionados a su actividad en la neurocirugía **(NO ENGARGOLAR)**
- En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, **copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía.**
- **Copia** de Cédula de Profesional de Médico Cirujano
- **Copia** de Cédula de Especialista (en caso de tenerla)
- **Copia** del CURP
- **Copia** del RFC
- Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
- 2 fotografías resientes de frente de 5 X 5 cm.
- 2 fotografías resientes de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas
*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.

MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "RECERTIFICACION"

NEUROCIRUGÍA
NEUROLOGÍA
NEUROIMAGEN

ORAL - ESCRITO
ESCRITO
ESCRITO

(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60 minutos)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:
5515190534 * 5515190554 * 5522588626 o al Correo: consejomxcirurgianeurologica@gmail.com



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

_____ a _____ de _____ de 20____

Nombre(s) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

R.F.C. _____ CURP _____

Cedula de medico cirujano _____ Cedula de especialista _____

Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____ Edad _____ Genero _____

Entidad _____ Municipio _____ Estado civil _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Celular _____

Dirección:

Calle _____ No. ext. _____ No. Int. _____

Colonia _____ Delegación/municipio _____

Estado _____ C.P. _____

Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen le será enviada a la dirección que nos proporcione.

Estudios Profesionales:

Facultad o Escuela de Medicina _____ Fecha de Graduación _____

Título de _____ Cedula de la Dirección General de Profesiones _____

Adiestramiento de Postgrado _____

Universidad de Egreso de la Especialidad: _____

Institución donde realizó la residencia: _____

Institución donde labora: _____

Hospital privado donde labora: _____

Dirección del Consultorio:

Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ Colonia _____ Delegación/Municipio _____

Estado _____ C.P. _____ Teléfono _____

Puesto que desempeña actualmente _____

**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 CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

Firma de solicitante

_____ a _____ de _____ 2020

Señor Doctor

José Manuel Muñoz Tagle

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA A.C.

Presente

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar **EXAMEN POR RECERTIFICACION** de Certificación de ese Consejo, en vista de que cumplo 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 COMPLETO Y FIRMA