



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.**  
**CAPÍTULO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
CEDULA E ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO : \_\_\_\_\_  
CEDULA DE ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA (en caso de contar con ella)

ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA

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 Neurocirugía Pediátrica**, 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)**

Fernando Rueda Franco  
**Coordinador del Capítulo de Neurocirugía Pediátrica del (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 Neurocirugía Pediátrica se me conceda la Certificación en Neurocirugía Pediátrica de ese Consejo, en vista de que creo cumplir con los requisitos señalados en el inciso \_\_\_\_\_ de la convocatoria respectiva. En caso de otorgárseme la certificación correspondiente estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa del certificación por no reunir los requisito y me comprometo a devolver dicha certificación 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., (Capítulo Neurocirugía Pediátrica) 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.

---

**Nombre y Firma**