



REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C

EXAMEN RECERETIFICACIÓN

Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta)

Firmar carta de la 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
- Dos fotografías recientes de frente de 5 X 5 cm.
- Dos fotografías recientes 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	_____	ORAL - ESCRITO
• NEUROLOGÍA	_____	ESCRITO
• NEUROIMAGEN	_____	ESCRITO

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

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: 5515190534 * 5515190554 * 5522588626 al correo: consejomxcirugianeurologica@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 _____
TELEFONO _____ 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.

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:

CALLE _____ NO. EXT. _____ NO.INT. _____
COLONIA _____ DELEGACIÓN/MUNICIPIO _____
ESTADO _____ C.P. _____ TELÉFONO (S _____)
PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA _____
FECHA DE GRADUACION _____ TITULO DE _____
CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES _____
ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO _____

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



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C
DATOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE
NEUROCIRUGÍA

_____ 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 _____ 20__.

Señor Doctor

José Manuel Muñoz Tagle

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA 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 RECERTIFICACIÓN** de Certificación de ese Consejo, en vista de que cumplo con los requisitos para sustentarlos.

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



CUENTA BANCARIA

Nombre - Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

Si se requiere factura, favor de anexar su Constancia Fiscal junto con su comprobante de pago.

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos:

5515190534 * 5515190554 * 5522588626

de Lunes a viernes de 11:00 a 16:00hrs

o al correo: consejomxcirugianeurologica@gmail.com