



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: _____

Teléfono de oficina: _____ Teléfono de casa: _____

Celular: _____

R.F.C.: _____

CURP: _____

Cedula de médico cirujano: _____ Cedula de 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 : _____ Título de: _____

Adiestramiento de postgrado: _____

**ESCRIBA LA 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